

# Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur ESWL (Zertrümmerung von Gallen- und Pankreasgangsteinen mit Ultraschall)

Etikette

Aufklärungsprotokoll abgegeben von:

Datum:

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen **sofort** nach Erhalt durch. Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen).

Bei Ihnen soll eine **ESWL (Zertrümmerung von Gallen- und Pankreasgangsteinen mit Ultraschall)** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- ein Informationsblatt
- einen Fragebogen
- die Einverständniserklärung

## Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch.

Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

## Der Fragebogen:

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Falls Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, den Fragebogen möglichst einen Tag vor der Untersuchung zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

## Die Einverständniserklärung:

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt. *Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*

# Informationsblatt zur ESWL

## **Weshalb erfolgt eine ESWL?**

Bei Ihnen wurden Steine in den Gallenwegen/im Bauchspeicheldrüsengang festgestellt, die den Abfluss der Gallenflüssigkeit/des Bauchspeicheldrüsensekrets verhindern. Diese Steine sollen bei Ihnen mit Ultraschallwellen zerkleinert werden, damit sie anschliessend aus den Gallenwegen/dem Bauchspeicheldrüsengang entfernt werden können.

## **Welche Vorbereitungen sind für eine ESWL nötig?**

Bitte nehmen Sie 6 Stunden vor der Untersuchung keine feste Nahrung mehr zu sich, da der obere Verdauungstrakt für die ESWL frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch, kein Kaffee) ist bis 4 Stunde vor Eintritt erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

## **Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?**

Für die Untersuchung werden Ihnen Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente verabreicht. Die Fahrtüchtigkeit ist nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben. Kommen Sie nicht mit dem eigenen Fahrzeug. Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten.

## **Wie läuft die ESWL ab?**

Die Steinzertrümmerung kann schmerzhaft sein, weshalb meist die vorherige Gabe von Schmerzmitteln oder gar eine Vollnarkose nötig sind. Die Lage der Steine wird zunächst unter Durchleuchtung (Röntgen) bestimmt, und Sie werden anschliessend auf einer Untersuchungs- und Liege genau positioniert. Die Positionierung des Ultraschallgerätes wird auch während der Untersuchung mittels Durchleuchtung kontrolliert, um so die Schallwellen genau auf die Steine zu lenken. Da es nicht immer möglich ist, die Steine in einer Sitzung zu zertrümmern, sind unter Umständen mehrere solcher Sitzungen notwendig.

Meist ist im Anschluss (am Untersuchungs- oder Folgetag) die Durchführung einer ERCP (Endoskopie mit Untersuchung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges) notwendig.

## **Welche Risiken sind mit der ESWL verbunden?**

Die Steinzertrümmerung in den Gallenwegen und im Pankreasgang sind Routineverfahren mit kleinem Risiko. Trotz grösster Sorgfalt kann es dennoch zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch im Verlauf lebensbedrohlich sein können. Durch die Ultraschall-Stosswellen kann es zu Hautrötungen und kleinen, harmlosen Einblutungen der Haut kommen. Grössere Blutergüsse sind selten. In der direkten Umgebung der Steine im Gallen- oder Bauchspeicheldrüsengang kann es in seltenen Fällen zu Blutungen kommen. Bei der Zertrümmerung von Steinen im Bauchspeicheldrüsengang kann es zu einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse kommen. Diese Komplikationen können in seltenen Fällen eine Operation oder länger dauernde Hospitalisation notwendig werden lassen. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen.

## **Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?**

Sie verbleiben nach der Zertrümmerung für einige Stunden unter ärztlicher Überwachung. Bei **Bauchschmerzen**, Kreislaufproblemen (z.B. Schwindel), Atemnot, Schüttelfrost oder Fieber informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen sie auf eine Notfallstation.

## **Fragen zur Untersuchung?**

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

## **Bei Fragen oder Problemen können Sie sich bei folgenden Ärzten melden:**

Hausarzt		Tel:
Gastroenterologe	GastroZentrum Hirslanden	Tel: 044 387 39 55

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*

# Fragebogen



## Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

ja    nein

1. Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund ?		
2. Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen) ?		
3. Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen ?		
4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleinen Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren) ?		
5. Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen ?		
6. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen</b> während oder <b>nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt ?		
7. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt) ?		
8. Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder <b>Blutprodukte erhalten</b> ?		
9. Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		

## Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

1. Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc.</b> oder <b>Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche ?		
2. Haben Sie eine <b>Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster) ? Wenn ja, welche ?		
3. Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b> ( grün / rot) ?		
4. Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?		
5. Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt ?		
6. Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
8. Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnprothese</b> oder eine <b>Zahnkrankheit</b> ?		

**Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.**

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

.....

.....

.....

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*



# Einverständniserklärung

## zur ESWL (Zertrümmerung von Gallen- und Pankreasgangsteinen mit Ultraschall)



**Aufklärungsprotokoll abgegeben von:**

**Datum:**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die ESWL aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der ESWL habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

*(Zutreffendes ankreuzen)*

**Ich bin mit der Durchführung der ESWL einverstanden**

Ja	Nein
Ja	Nein

**Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder  
Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden**

Name Patient

Name Arzt

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Arzt

.....

.....

.....

.....

**Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:**

Gesetzlicher Vertreter oder  
Bevollmächtigter

Name Arzt

Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vertreters

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Arzt

.....

.....

.....

.....

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*

