

## Einverständniserklärung und Information zur Bronchoskopie (Spiegelung der Atemwege)

---

Die Bronchoskopie soll bei Ihnen zur Abklärung einer Atemwegserkrankung durchgeführt werden. Damit können die Luftröhre und die Bronchien innerhalb der Lunge beurteilt werden. Die Untersuchung erfolgt in örtlicher Betäubung und ist nicht schmerzhaft. Als unangenehm können der Hustenreiz und das Vorschieben des Instrumentes durch Nase oder Mund empfunden werden.

Das Bronchoskop ist bleistiftdünn und biegsam. Über das Gerät können diagnostische Massnahmen erfolgen, die praktisch schmerzfrei sind: Entnahme von Gewebeproben, Spülung der Lunge und Feinnadelbiopsien.

Komplikationen bei diesem Verfahren sind selten: vereinzelt kann eine Infektion auftreten. Nur im Rahmen von Gewebeproben aus dem Lungengewebe können in seltenen Fällen ein Pneumothorax (Luftstrom in den Rippenfellraum) oder eine Blutung auftreten. Ein Stimmritzenkrampf oder Herz- Kreislaufstörungen sind eine Seltenheit.

Vor der Untersuchung soll mind. 4 Stunden nichts gegessen und getrunken werden. Auch nach der Untersuchung muss für ca. 2 Stunden auf Essen und Trinken verzichtet werden. Nach einer Lungenspülung können nachts Temperaturen auftreten, die von selbst wieder verschwinden. Nach einer Gewebeprobe kann noch einige Stunden Blut im Auswurf beobachtet werden.

Die Untersuchung wird von erfahrenen Ärzten durchgeführt. Sie sollten Ihr Einverständnis mit dieser Untersuchung schriftlich bestätigen. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren betreuenden Arzt.

Haben Sie besondere Wünsche, sprechen Sie uns an.

Besondere Fragen des Patienten:

.....  
.....  
.....  
.....

Besondere Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Der Patient bestätigt hiermit, dass er über die geplante Untersuchung verständlich aufgeklärt wurde und dass er mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden ist. Sollte sich eine Erweiterung der oben angegebenen Massnahmen während der Untersuchung als notwendig erweisen, ist der Patient/in einverstanden mit den ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Massnahmen.

Dauer des Aufklärungsgespräches:

---

Anwesende Personen / Dolmetscher

---

Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin:

---

Datum und Unterschrift des aufklärenden Arztes / Ärztin:

---