

Etikette/Adresse

Gastroenterologie/Hepatologie

Chefarzt: Dr. med. P. Aepli

Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Telefon 041 205 21 31

Fax 041 205 21 77

gastroenterologie.luzern@luks.ch

www.luks.ch

Luzern, XXXXX

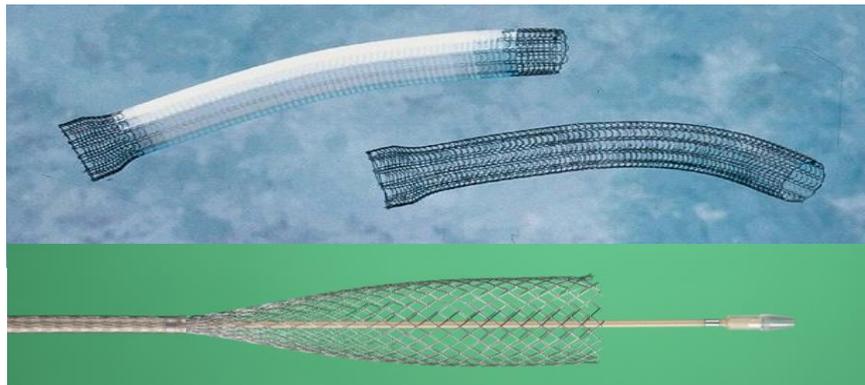
Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Ösophagoskopie mit Bougierung/Ballondilatation/APC und Stent-Einlage

(Spiegelung der Speiseröhre mit Erweiterungsbehandlung, ev. Einlage eines Gitterröhrchens)

DIAGNOSE:.....

Schluckbeschwerden infolge tumoröser Verengungen der Speiseröhre und des Mageneingangs können mit endoskopischen Eingriffen erheblich gelindert werden. Je nach Befund kommt eine der folgenden Methoden zur Anwendung:

- Bougierung
- Ballondilatation
- Argonplasmakoagulation (APC-"Laserbehandlung")
- Stent-Einlage (Gitterröhrchen zur Hindernis-Überbrückung oder Abdichtung eines Lecks)



Nicht alle Hindernisse sind für eine Stent-Einlage geeignet. Das Ausmass der Beschwerdenlinderung ist unterschiedlich. In der Regel ist eine Ernährung aber unter Beachtung gewisser Vorsichtsmassnahmen recht ordentlich möglich. Im optimalen Fall lässt sich die Schluckfähigkeit praktisch vollständig wiederherstellen.

In der Regel werden Beruhigungs- und Schmerzmittel in die Vene verabreicht, um die Unannehmlichkeiten der Untersuchung zu erleichtern. In speziellen Fällen wird ein Anästhesie-Team zur Unterstützung beigezogen.

Risiken:

Die Erweiterungsbehandlung kann selten einmal zu einem tiefen Einriss mit Wanddurchbruch der Speiseröhre führen. Dies erfordert einen bisweilen längeren Spitalaufenthalt mit künstlicher Ernährung und antibiotischer Behandlung. Im ungünstigsten Fall ist eine Operation nötig.

Bisweilen besteht während einiger Zeit ein störendes Fremdkörpergefühl, manchmal verbunden mit Brustschmerzen, die mit Schmerzmitteln angegangen werden müssen.

Je nach Lage des Tumors besteht das Risiko, dass sich der Stent nicht korrekt platzieren lässt oder dass er aus der korrekten Labe abrutscht. In solchen Fällen muss der Stent wieder entfernt werden.

Alternative Behandlungs-Möglichkeiten:

Alternativen wie die operative Entfernung oder Bestrahlung des Tumors werden in jedem Fall in Erwägung gezogen.

Verhalten vor der Untersuchung:

- nüchtern ab Mitternacht des Vorabends
- Eventuell Absetzen von Blutverdünnern/Blutplättchenhemmern (z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Plavix, Arixtra, Eliquis, Xarelto Pradaxa) nach Absprache mit Ihrem Hausarzt

Verhalten nach der Untersuchung:

- Am Tag des Eingriffs kein Fahrzeug selber lenken.
- Besondere Symptome (Bluterbrechen, Brustschmerzen, Schluckbeschwerden, Fieber/Schüttelfrost) erfordern eine unverzügliche Arztkonsultation, nötigenfalls direkt auf der Notfallstation.
- Der Kostaufbau erfolgt nach ärztlicher Anweisung. In jedem Fall gilt:
 - kein faseriges Fleisch/Gemüse, Wursthäute, Orangen/Mandarinen, Brotrinden; alles, was nicht vollständig zerkaut werden kann, ist verboten
 - sorgfältig kauen, häufig nachtrinken, nicht überhastet essen
- Falls der Stent den Mageneingang überbrückt:
 - säurehemmendes Medikament (PPI) 2x 40 mg tgl. als Dauertherapie
 - nicht hinlegen während 2-3 Std. nach Mahlzeit; keine Spätmahlzeit
 - mit erhöhtem Oberkörper schlafen (Bett-Kopfende hochstellen)

Ich, der/die unterzeichnende Patient/In habe vor der Untersuchung Gelegenheit, vom Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Zweck und Ablauf der oben beschriebenen Untersuchung und Behandlung in verständlicher Form informiert zu werden und meine besonderen Probleme zur Sprache zu bringen. Hierbei werde ich auch auf mögliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen.

Ich bestätige, dass ich alle meine mir bekannten Leiden, Unregelmässigkeiten und besonderen Reaktionsweisen (z.B. Allergie, Blutungs- oder Krampfneigung usw.) genannt habe, nämlich:

.....

Nach verständlicher Aufklärung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung und Behandlung einverstanden. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf eine allfällige Erweiterung oder Änderung, die sich aus intraoperativem Verlauf oder Befunden ergibt.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Patient/In

Unterschrift Arzt/Ärztin

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können. Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen.

Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden? (Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus)

JA

NEIN