

Rachen-Kehlkopf-Spiegelung, evtl. mit Schlucktest

(Pharyngo-Laryngoskopie,
evtl. mit transnasaler Schluckendoskopie; FEES)

Patientenname und -adresse

Patient

Geburtsdatum

Adresse

PLZ Ort

Pat-ID / Fall-ID

behandelnde Fachabteilung / Ambulanz

Versichertendaten

Einrichtung/Station

Guten Tag,

dieser Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Bitte lesen Sie ihn vor dem Gespräch aufmerksam durch und füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus. Für die bessere Lesbarkeit verwenden wir bei Berufs- oder Personenbezeichnungen die männliche Form (z.B. Arzt), beziehen aber alle Geschlechter mit ein.

Warum raten wir zur Untersuchung?

Ihre Beschwerden und die Voruntersuchungen weisen auf eine Veränderung im Bereich des Rachens bzw. des Kehlkopfs hin. Die Ursache und das Ausmaß der Veränderung sollen nun mit einer flexiblen Optik (Fiber-Endoskop) genau untersucht werden. Dabei können wir auch prüfen, ob der Rachen beim Schlucken und der Kehlkopf beim Atmen und Sprechen regelrecht funktionieren.

Alternativen

Falls bei Ihnen auch andere Untersuchungsverfahren in Betracht kommen (z.B. die Videofluoroskopie, eine Röntgenkontrastdarstellung des Schluckvorgangs), informieren wir Sie über die Vor- und Nachteile der Verfahren, ihre unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgschancen im Aufklärungsgespräch.

Durchführung der Untersuchung

Für die Untersuchung werden die betroffenen Schleimhäute der Nase und hinteren Anteile der Mundhöhle (Zungenrund) örtlich betäubt – in der Regel mit einem Spray, seltener wird mit Betäubungsmittel getränkte Watte in den unteren Nasengang eingebracht.

Das flexible Endoskop hat einen Durchmesser von etwa 3–5 mm. Es wird durch den unteren Nasengang in den Rachen und weiter in Richtung Kehlkopf bis in den Kehlkopfeingang vorgeschoben (Abb.). Mit einer speziellen Kamera am Ende

oder an der Spitze des Endoskops können die Gewebestrukturen betrachtet und Veränderungen identifiziert werden. Falls erforderlich, kann eine Gewebeprobe entnommen werden.

Zusätzlich kann eine Schluckuntersuchung stattfinden. Während Sie gefärbte Flüssigkeit schlucken, beobachten wir, ob die Passage vom Rachen in die Speiseröhre regelrecht ist oder ob Flüssigkeit in den Kehlkopf übertritt (Aspiration).

Risiken und mögliche Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen bezüglich Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vor- und Begleiterkrankungen sowie individuelle

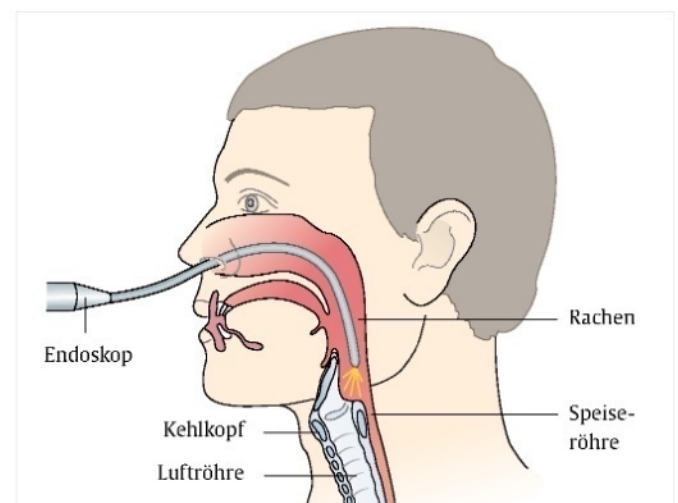


Abb.: Rachen-/Kehlkopfspiegelung mit einem flexiblen Endoskop

Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

- **Schleimhautverletzungen:** Beim Verschieben des Endoskops durch den unteren Nasengang kann die Schleimhaut der Nasenmuschel bzw. Nasenscheidewand verletzt werden. Blutungen, die dadurch zustande kommen, können in der Regel problemlos durch eine kurzzeitige Tamponade gestillt werden. Nur selten wird eine Verödung des entsprechenden Schleimhautbereichs notwendig. **Schleimhautabrisse** sind sehr selten und erfordern eventuell einen kleineren operativen Eingriff zur Anpassung der Schleimhaut. Die Schleimhaut des Kehlkopfeingangs oder des unteren Rachenbereichs wird nur sehr selten verletzt, was im Allgemeinen keiner Behandlung bedarf. Es können in sehr seltenen Fällen im verletzten Schleimhautbereich Entzündungen entstehen, die einer antibiotischen Behandlung bedürfen.
- **Vernarbung und Einengung der Nasenhaupthöhle:** Selten heilt eine Verletzung der Schleimhaut so ab, dass Narben in der Nasenhaupthöhle zurückbleiben, diese somit verengt wird oder die Nasenmuschel mit der Nasenscheidewand verwächst. In der Folge kann die Nasenatmung dauerhaft behindert sein.
- **Schleimhautschwellung im Bereich des Kehlkopfeingangs:** Falls die Schleimhaut im Kehlkopf anschwillt, müssen Sie nach dem Eingriff in der Regel stationär beobachtet und eventuell medikamentös behandelt werden. Ein Luftröhrenschnitt ist nur sehr selten notwendig.
- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen).

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen wichtig oder noch unklar ist!

Erfolgsaussichten

Die Rachen- und Kehlkopfspiegelung ist meist eine reine Untersuchung und erlaubt es, die Ursache der Beschwerden zu erkennen, doch lässt sich dies nicht garantieren. Zusätzlich können spezielle Tests (Schluckuntersuchungen mit gefärbter Flüssigkeit) funktionelle Störungen aufdecken. Mit diesen Ergebnissen lässt sich in der Regel eine weitere Behandlung planen. In manchen Fällen (z.B. bei Tumorerkrankungen) sind weitergehende Untersuchungen nötig, um die Erkrankung genauer abzuklären.

Verhaltenshinweise

Vor dem Eingriff

Bitte informieren Sie Ihren Arzt über **alle Medikamente** (auch pflanzliche oder rezeptfreie), die Sie derzeit einnehmen – insbesondere blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin, Plavix®, Iscover®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® etc.). Medikamente dürfen nur nach Rücksprache mit dem Arzt eingenommen oder abgesetzt werden.

Bitte legen Sie einschlägige **Unterlagen** wie z.B. **Ausweise/Pässe** (Allergie, Mutterschaft, Röntgen, Implantate, Impfpass etc.), **Befunde und Bilder** – soweit vorhanden – vor.

Soll der Eingriff in **örtlicher Betäubung** durchgeführt werden, dürfen Sie 6 Stunden vorher nicht mehr essen und nicht mehr rauchen. Bis zu 2 Stunden vorher dürfen Sie 1–2 Gläser/Tassen klare, fettfreie Flüssigkeit ohne feste

Bestandteile (z.B. Mineralwasser, Tee) trinken, aber keine Milch und keinen Alkohol.

Nach dem Eingriff

Beachten Sie bitte nach einem **ambulanten Eingriff**, dass Ihr Reaktionsvermögen durch Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittel vorübergehend beeinträchtigt sein kann. Daher müssen Sie sich von einer **erwachsenen Person** abholen und in den ersten **24 Stunden** bzw. für die vom ärztlichen Personal angegebene Zeit zu Hause betreuen lassen. Bitte treffen Sie entsprechende Vorkehrungen. Wegen der Medikamentennachwirkungen dürfen Sie 24 Stunden bzw. so lange wie angegeben **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und keinen Alkohol trinken**. Sie sollten auch **keine wichtigen Entscheidungen treffen**.

Da die Schluck- und Hustenreflexe nach der Spiegelung durch die örtliche Betäubung noch eine Zeit lang unterdrückt sind, bitte wenigstens 2 Stunden nichts essen oder trinken.

Nach der Entnahme von Gewebe am Kehlkopf sollten Sie die Stimme für einige Tage möglichst schonen und auch nicht rauchen. Über weitere Verhaltensmaßnahmen werden wir Sie informieren.

Suchen Sie bei **Beschwerden** (Atemproblemen, Blutungen aus der Nase, Fieber über 38 °C, sonstigen Störungen des Allgemeinbefindens) umgehend ärztliche Hilfe auf, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach dem Eingriff auftreten!

Patient

Geburtsdatum

Adresse

PLZ Ort

Fragenteil (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen. Für **Sorgeberechtigte, Betreuende, Bevollmächtigte**: Bitte beantworten Sie alle Fragen aus der Sicht der betroffenen Person.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: _____
2. Größe (in cm): _____
3. Gewicht (in kg): _____
4. Geschlecht:
 - weiblich
 - männlich
 - divers
 - ohne Angabe

Wichtige Fragen

n = nein/j = ja

1. Werden regelmäßig oder zurzeit Medikamente n j (auch pflanzliche und rezeptfreie) eingenommen oder angewendet?

Wenn ja, bitte vollständig angeben: _____

2. Besteht eine Allergie?

- nein
- Medikamente
- Betäubungsmittel
- Kontrastmittel
- Latex
- Desinfektionsmittel
- Jod
- Pflaster
- Kunststoffe
- und/oder: _____

3. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. n j häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, längeres Bluten nach Verletzungen?

4. Besteht/Bestand eine (weitere) Herz-/Kreislauf-Erkrankung?

- nein
- koronare Herzkrankheit
- Bluthochdruck
- Rhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Angina pectoris
- Herzmuskelentzündung
- Klappenfehler
- und/oder: _____

5. Besteht eine Stoffwechselerkrankung?

- nein
- Zuckerkrankheit
- Gicht
- und/oder: _____

6. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung?

- nein
- Überfunktion
- Unterfunktion
- Kropf
- Hashimoto
- und/oder: _____

7. Besteht eine Augenerkrankung?

- nein
- Grauer Star
- Grüner Star
- und/oder: _____

8. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems?

- nein
- Gehstörungen/Lähmungen
- Krampfleiden (Epilepsie)
- Parkinson
- Gefühlsstörungen
- Polyneuropathie
- Schmerzen
- und/oder: _____

9. Befinden sich Implantate im Körper?

- nein
- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Herzklappe
- Stent
- künstliches Gelenk
- Silikon
- Hydrogel
- Zahnimplantat
- Metall
- und/oder: _____

10. Wurde schon einmal eine Betäubung durchgeführt? n j

Wenn ja, bitte angeben:

- Narkose
- Regionalanästhesie
- örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt)
- Sedierung
- und/oder: _____

Wenn ja, gab es Komplikationen? n j

Wenn ja, bitte angeben: _____

11. Wurde in den letzten 2 Wochen eine Impfung n j durchgeführt?

Wenn ja, wogegen? _____

12. Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne?

- nein
- lockere Zähne
- Zahnsperre
- Prothese
- Brücke
- Krone
- Implantat
- Retainer
- Parodontose
- und/oder: _____

13. Rauchen Sie? n j

14. Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?

- nein
- Bier
- Wein
- hochprozentige Alkoholika
- und/oder: _____

Zusatzfragen bei Frauen

1. Könnten Sie schwanger sein? n j

2. Stillen Sie? n j

Ärztliche Anmerkungen

Ich habe die Patientin/den Patienten anhand des vorliegenden Aufklärungsbogens über den Eingriff aufgeklärt und insbesondere folgende Aspekte und individuellen Besonderheiten besprochen (z.B. individuelles Risikoprofil, Begleiterkrankungen, Behandlungsalternativen, Medikation, Zusatzmaßnahmen, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise, Nachsorge, besondere Dringlichkeit oder Belastungen, Gesprächsdauer, Einsichtsfähigkeit, Minderjähriger, Vertretung, Betreuungsfall, Erläuterungen auf Fragen etc.):

Multiple horizontal lines for handwritten notes.

Nur im Fall einer Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung **nicht** ein. Ich wurde über die empfohlene Untersuchung aufgeklärt und nachdrücklich darüber informiert, dass sich aus meiner Ablehnung erhebliche gesundheitliche Nachteile (z.B. Nichterkennen einer schwerwiegenden, unter Umständen auch lebensbedrohlichen Erkrankung und Verzögerung deren Behandlung) ergeben können und deshalb zumindest ein anderes Untersuchungsverfahren gewählt werden sollte.

Form fields for signature and date: Ort, Datum; Patientin/Patient; Sorgeberechtigte*/Sorgeberechtigter*; ggf. Zeugin/Zeuge; Ärztin/Arzt

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die geplante Untersuchung, deren Art und Bedeutung, Behandlungsalternativen, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten, eventuell erforderliche Änderungen oder Erweiterungen des Eingriffs (z.B. Gewebeentnahme) sowie eventuell medizinisch erforderliche Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Schmerzbetäubung) wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

der Ärztin/dem Arzt _____ ausführlich informiert. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert**, benötige **keine weitere Bedenkzeit** und **willige** in die vorgesehene Untersuchung ein. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren Eingriffsänderungen oder -erweiterungen sowie mit eventuell nötigen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ich habe eine Abschrift/Kopie dieses Bogens erhalten.

Form fields for signature and date: Ort, Datum; Patientin/Patient; Sorgeberechtigte*/Sorgeberechtigter*; Ärztin/Arzt

Folgende Untersuchung ist vorgesehen:

Rachen-Kehlkopf-Spiegelung

mit Schlucktest (transnasale Schluckendoskopie)

Vorgesehener Untersuchungstermin: _____ Datum

* Nur bei Minderjährigen: Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Sorgeberechtigten unterschreiben. Einsichtsfähige Minderjährige sollten immer mit unterschreiben.

