



Einverständniserklärung: Endovaskuläre Behandlung einer duralen arteriovenösen Fistel

Name des Patienten.....

Geburtsdatum.....

Nach eingehender Erläuterung der Art meiner Erkrankung sowie der Folgen, die möglicherweise ohne den vorgesehenen Eingriff eintreten können, wurde mir der Umfang und Hergang der geplanten ärztlichen Behandlung und deren Sinn erläutert.

Über die typischen Risiken des geplanten Eingriffs, die möglichen Nebenfolgen, auch auf meine persönliche Situation wie z.B. den von mir ausgeübten Beruf bezogen sowie darüber, dass weder der Arzt, noch seine Erfüllungsgehilfen eine Garantie für den Eintritt des gewünschten Erfolges ihrer Bemühungen geben können, wurde ich aufgeklärt.

Das allgemeine und ggf. in meiner Person liegende erhöhte Risiko, das bei jedem ärztlichen Eingriff besteht ist mir bekannt.

Nachdem auch die Vor- und Nachteile anderer Behandlungsmethoden sowie deren Erfolgsaussichten und Komplikationsmöglichkeiten besprochen wurden, habe ich mich unter Abwägung der Risiken der Behandlung gegenüber den möglichen Folgen ihrer Unterlassung FÜR den vorgesehenen Eingriff entschieden. Mit einer eventuell notwendigen Abänderung oder Erweiterung des Eingriffs bin ich einverstanden.

Erforderliche Nachuntersuchungen und Verhaltensmaßregeln für die Zeit nach dem Eingriff wurden mir bekannt gegeben.

Ich bestätige, dass es mir nach der Aufklärung freistand, weitere Fragen an den Arzt zu richten. Ich hatte ausreichend Zeit, mir das Mitgeteilte in Ruhe zu überlegen und dann meine Zustimmung zu dem Eingriff zu erteilen:

Endovaskuläre Behandlung einer arteriovenösen Kurzschlussverbindung der harten Hirnhaut – durale arteriovenöse Fistel , dAVF

Besondere Gefahren:

- Durchblutungsstörungen mit flüchtigen oder bleibenden Folgen wie Lähmungen, Sprachstörungen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen, Bewusstseinsstörungen
- Untergang (Nekrose) von Haut oder Schleimhaut
- Kontrastmittelunverträglichkeit bis zum anaphylaktischen Schock
- Infektionen, Bluterguß, Ausbildung

