

AOK	LKK	BKK	IKK	VdaK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten			Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Geb. am			
Anschrift des Versicherten						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum				

Praxis / Klinik / Krankenhaus / Institution:

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen für die Tonsillektomie Abszesstonsillektomie Adeno-Tonsillektomie Ausschälung von Gaumen- u. Rachenmandeln

**Vor dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/
dem Arzt bitte sorgfältig lesen und ausfüllen!**

Bestell-Code
HnOp32ADe
fachbuch
peri med

Operations-Datum..... Uhrzeit ca.....

Bitte kommen Sie pünktlich am Uhrzeit.....

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

dieser perimed Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über die Entfernung von Gaumenmandeln und ggf. Rachenmandeln, die Ihnen/Ihrem Kind empfohlen wird. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben. Warum sie/er die Tonsillektomie für notwendig hält und welche Alternativen es gibt, wird Ihnen gerne erklärt werden, auch wird sie/er Ihnen die jeweiligen Vor- und Nachteile schildern.

Wichtiges über die Mandeln

Im Rachen befindet sich der sogenannte lymphatische Rachenring, der als Teil des Immunsystems die Abwehrreaktionen gegen körperfremde Substanzen (z.B. Bakterien, Viren) durch die Bildung von Abwehrstoffen beeinflusst. Die paarig angelegten Gaumenmandeln gehören zu diesem System. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Wichtigkeit der Mandeln für diese Funktion ab, da einmal gebildete Abwehrstoffe meist lebenslang verfügbar sind. Bei Kindern bis zu einer Altersgrenze von 4-6 Jahren sollte die Operationsindikation jedoch zurückhaltend gestellt werden. Chronisch entzündete und durch Abszesse geschädigte Mandeln müssen aber auch bei Kindern entfernt werden.

Wenn bei Kindern stark vergrößerte Mandeln (ohne Entzündung) zu Beschwerden führen, kommt auch eine nur einseitige Entfernung in Betracht oder eine nur teilweise Entfernung beider Mandeln mit einem Laser. Bei dieser Operation bleiben die hinter den Gaumenbögen liegenden Anteile zurück, verursachen in seltenen Fällen später aber Entzündungen.

Eine akute Entzündung der Gaumenmandeln (Angina tonsillaris), die meist von Fieber und Schluckbeschwerden begleitet ist, wird durch eindringende Krankheitserreger (meist Streptokokken) hervorgerufen. Daraus kann sich ein Abszess entwickeln (Eiteransammlung), der zu einer gefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) führen kann und daher umgehend zu behandeln ist.

Wenn sich eindringende Bakterien in zerklüfteten Mandeln dauerhaft ansiedeln entsteht eine chronische Mandelentzündung, die nicht nur dauerhafte Schluckbeschwerden hervorruft, sondern als Streuherd wiederkehrende Infektionen und Immunreaktionen in anderen Organen verursachen kann (z.B. Rheumatisches Fieber, Gelenkentzündungen, Herzmuskel- und Herzklappenentzündungen, Nierenentzündung u.a.).

Wann ist eine Operation angezeigt?

Die Entfernung von Mandeln ist notwendig

- bei immer wiederkehrenden, akuten Mandelentzündungen (ab 3 mal jährlich),
- bei chronischer Mandelentzündung (Tonsillitis chronica) mit lokalen Auswirkungen wie Vergrößerung von Halslymphknoten, Mundgeruch oder Folgeerkrankungen (siehe links unten),
- bei Eiteransammlungen in oder hinter den Mandeln (Mandelabszessen),
- bei starker Vergrößerung der Gaumenmandeln ohne Entzündungszeichen, jedoch mit Atem- oder Schluckbeschwerden,
- bei Verdacht auf eine bösartige Geschwulst (Tumor).

Ihre Ärztin/Ihr Arzt rät daher zur Entfernung der Mandeln.

Wie wird die Operation durchgeführt?

Die Operation wird meist stationär, oft jedoch auch ambulant durchgeführt, bei Kindern fast immer in Allgemeinnarkose, bei Jugendlichen und Erwachsenen auch in örtlicher Betäubung. Sie dauert normalerweise nicht länger als 15 Minuten.

Falls eine Allgemeinnarkose vorgesehen ist, wird die Narkoseärztin/der Narkosearzt Sie noch getrennt aufklären.

Die Operation erfolgt in Rückenlage bei rückwärts gebeugtem Kopf durch den geöffneten Mund, in dem die Zunge mit einem speziellen Spatel nach unten gedrückt wird.

Die Mandeln werden dann mit speziellen Instrumenten (manchmal mit einem Ultraschallmesser oder einem Laser) aus den Kapseln ausgeschält und am unteren Pol abgetragen. Mit der sich anschließenden Blutstillung wird die Operation beendet.

Bei Kindern werden häufig zugleich auch die Rachenmandeln (Adenoide) entfernt, insbesondere dann, wenn diese die Nasen-

peri med

fach buch

perimed Patientenaufklärungsbogen * Herausgeber und Autor: Dr. med. Dietmar Straube
©2003-2007perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH * Böhlach 77 * Postfach 2820 * D-91058 Erlangen
Tel: +49 (0)9131 609 100/609 101 * Fax: +49 (0)9131 609 234/609 216 * www.perimed.de * e-mail: Service@perimed.de
Juristischer Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR * Wiesbaden-Berlin-München * Tel: +49 (0)611 180950+ www.arztrecht.de
Bestell-Code: HnOp32ADe * Fotokopieren und Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

atmung erschweren oder zu Schnarchen, häufigen Erkältungen und Entzündungen der Nasennebenhöhlen und des Mittelohres führen oder den Durchgang zum Mittelohr (Tube) verschließen (**Adeno-Tonsillektomie**). Die Wunde heilt normalerweise ohne Naht durch Verschorfung.

Manchmal muss während der Operation das Verfahren geändert werden. Bitte geben Sie daher Ihre Einwilligung auch für notwendige Änderungen und Erweiterungen, damit diese sofort und in gleicher Betäubung durchgeführt werden können.

Verhalten vor dem Eingriff

Ihre Ärztin/Ihr Arzt muss wissen, welche Medikamente Sie/Ihr Kind normalerweise einnehmen und am Vortag eingenommen haben, damit sie/er Ihnen mitteilen kann, welche vor der Tonsillektomie ab- oder ausgesetzt oder in der Dosis verringert werden müssen. Beantworten Sie daher sorgfältig die Fragen auf Seite 3.

Um die Blutungsneigung zu verringern, sollten vor der Tonsillektomie keine blutverdünnenden Mittel wie Marcumar® oder ASS (z. B. Aspirin®, Godamed®) mehr eingenommen werden. Lassen Sie sich dazu von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt rechtzeitig beraten!

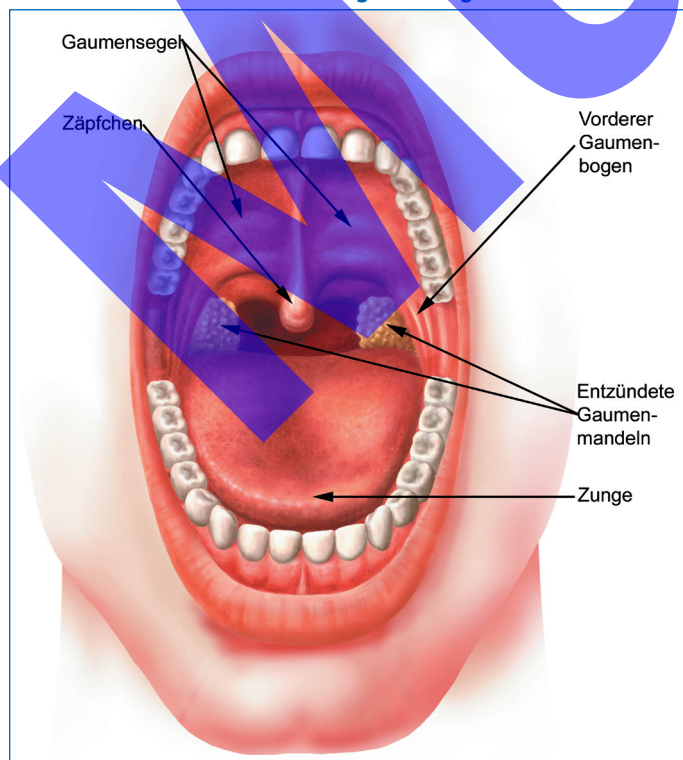
Bei Durchführung in örtlicher Betäubung dürfen Sie/Ihr Kind 4 Stunden vor der Operation nicht mehr Essen oder Rauchen. Bis 2 Stunden vor dem Eingriff können Sie/Ihr Kind noch klare Flüssigkeit (z.B. Mineralwasser, Tee ohne Milch) trinken.

Allgemeine Risiken und Komplikationen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch die individuelle körperliche Verfassung und Vorerkrankungen beeinflusst. Trotz größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit kann es zu Komplikationen kommen, die weitere ärztliche Maßnahmen nach sich ziehen.

- Leichte allergische Reaktionen (Überempfindlichkeiten, Allergien) gegen Betäubungsmittel, Desinfektionsmittel, Medikamente oder

Abb.: Schematische Darstellung von vergrößerten Mandeln



Pflaster äußern sich in vorübergehendem Schwindel, Brechreiz, Niesen, Hautauschlag oder Juckreiz. Stärkere allergische Reaktionen mit schwerwiegenden, lebensbedrohenden Komplikationen im Atem- und Herz-/Kreislaufbereich (Schock) und dauerhafte Schäden (Lähmungen, Organversagen) sind äußerst selten.

- Selten entstehen Blutgerinnsel (Thromben) in den großen Venen, die durch Verschleppung in den großen Blutkreislauf zu einem Gefäßverschluss (Embolie) führen können, auch in der Lunge (Lungenembolie). Embolien im Hirn führen zu Schlaganfall mit Lähmungen oder Sehverlust, in den Extremitäten zu Durchblutungsstörungen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob die vorbeugende Gabe gerinnungshemmender Mittel (z.B. Heparin) in Ihrem Fall sinnvoll ist und die dadurch verstärkte Blutungsneigung (bis hin zu schwerwiegenden Gerinnungsstörungen) in Kauf genommen werden sollte.
- Durch Spritzen, Infusionen oder Katheter können örtliche Blutergüsse und Gewebeschäden entstehen (Nekrose, Spritzenabszess, Nerven- oder Venenreizungen, Venenentzündungen). Sie bilden sich meist von selbst wieder zurück.
- Durch die Lagerung können Druckschäden an Nerven und Weichteilen und seltene Lähmungen auftreten. Die Anwendung von Desinfektionsmitteln, Strom oder Laser kann zu Brandverletzungen und Entzündungen führen. Manchmal bleiben andauernde Schmerzen und Narben zurück.

Eingriffsspezifische Risiken und Komplikationen

- Leichte bis starke Blutungen oder Nachblutungen mit der Gefahr des Übertritts in die Atemwege (Gefahr von Sauerstoffmangel) können sofort, aber auch mehrere Tage nach dem Eingriff noch auftreten und eine Tamponade oder eine Wiedereröffnung der Wunde und operative Blutstillung erfordern. Selten ist ein äußerer Schnitt am Hals nicht zu vermeiden.

Bei einer eventuell notwendig werdenden Übertragung von Fremdblut oder Fremdblutbestandteilen kann es trotz größter Sorgfalt bei der Herstellung der Konserven sehr selten zur Übertragung von Hepatitisviren (Folge: Leberentzündung) und extrem selten von HI-Viren (Spätfolge AIDS) oder von Erregern der BSE-Krankheit bzw. einer Variante der Creutzfeldt-Jakob Erkrankung kommen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, ob eine Eigenblutspende möglich und sinnvoll sein könnte.

- Durch den Druck des eingesetzten Spatels, durch einen eventuell eingesetzten Laser oder andere Instrumente kann der sensible Zungennerv (Nervus lingualis) so geschädigt werden, dass vorübergehende, sehr selten andauernde Geschmacksstörungen oder Taubheitsgefühle auf der betroffenen Seite entstehen. Eine Verletzung des motorischen Zungennervs (Nervus hypoglossus) kann Bewegungseinschränkungen der Zunge mit eventuellen Sprach- und Schluckstörungen zur Folge haben.

Die Verletzung des weichen Gaumens kann zu einem bleibenden, offenen Naseln oder Veränderungen des Stimmklangs führen. Flüssigkeiten oder Nahrung können durch die Nase austreten. Zähne oder Zahnersatz können beschädigt werden.

- Entzündungen unter Einbeziehung der benachbarten Halslymphknoten und Abszesse werden mit Antibiotika, ggf. auch operativ behandelt. In Ausnahmefällen können Keime in die Blutbahn verschleppt werden und zu einer Blutvergiftung (Sepsis) führen. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- Eventuell auftretende Hals- und/oder Ohrenschmerzen können meist gut mit Medikamenten gelindert werden.

Verhalten nach der Tonsillektomie

Eine eventuelle Nachblutung äußert sich mit Blutaustritt aus Mund oder Nase, Bluthusten oder - nach vermehrtem, unwillkürlichem Schlucken von Blut - durch Teerstuhl. Benachrichtigen Sie in einem solchen Fall umgehend die Schwester, bei ambulanter Operation Ihren (Not)arzt, oder lassen Sie sich/Ihr Kind schnellstmöglich in die Notaufnahme eines Krankenhauses fahren.

Beachten Sie in den ersten beiden Tagen:

- nur flüssige und weiche Speisen zu sich nehmen (Speiseeis ist erlaubt),
- auf stark gewürztes Essen und säurehaltige Getränke verzichten (z.B. Orangen-, Zitronensaft),
- keinen Bohnenkaffee, keinen Alkohol trinken,
- nicht rauchen.

Beachten Sie in den ersten zwei Wochen:

- auf Sport oder Gymnastik verzichten (Kinder nicht am Sportunterricht teilnehmen lassen),
- nicht heiß baden, sondern nur lauwarm duschen,
- keine Sauna, Solarium oder Sonnenbäder,
- keine körperlichen Anstrengungen.

Besprechen Sie unbedingt mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wie die vor der Tonsillektomie unter Umständen veränderte Einnahme von Medikamenten wieder aufgenommen werden soll!

Wenn sich Ihr Befinden oder das Ihres Kindes verschlechtert und wenn Sie bei sich oder Ihrem Kind Atem- oder Kreislaufstörungen bemerken oder Fieber über 38° oder Blutungen aus Mund oder Nase, blutigen Husten oder Teerstuhl (schwarzer Stuhlgang), dann informieren Sie umgehend Ihre Ärztin/Ihren Arzt, einen Notarzt oder lassen sich in die Notaufnahme einer Klinik fahren.

Bei ambulanter Durchführung der Operation müssen Sie sich abholen lassen. Für mindestens 24 Stunden nach der Operation dürfen Sie auf keinen Fall selbst ein Fahrzeug führen, Maschinen bedienen oder wichtige Entscheidungen treffen.

Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:

Bitte - wenn vorhanden - Allergie- und Röntgenpass mitbringen!

Sicherheitsanamnese (Vorerkrankungen)

1 Allgemeines

Sind Sie/Ihr Kind Raucher(in)? Ja Nein

Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bei Frauen in gebärfähigem Alter:

Sind Sie/ist Ihre Tochter schwanger? Ja Nein

2 Allergien/Überempfindlichkeiten bekannt gegen:

Nahrungsmittel/Medikamente? Ja Nein

Metall (z.B. Nickel) / Pflaster / Gummi / Latex? Ja Nein

Betäubungsmittel, Narkosemittel? Ja Nein

Jod/Röntgenkontrastmittel? Ja Nein

gegen:

Leiden Sie/Ihr Kind an Asthma/Heuschnupfen? Ja Nein

3 Blut / Gerinnung

Bekommen Sie/Ihr Kind leicht blaue Flecken/Nasenbluten? Ja Nein

Nehmen Sie/Ihr Kind gerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®, Plavix®, ASS (z.B. Aspirin®)? Ja Nein

Andere:

4 Herz / Kreislauf

Haben Sie/Ihr Kind Atemnot bei Anstrengungen? Ja Nein

Haben Sie eine Angina pectoris (Brustschmerzen)? Ja Nein

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind einen erhöhten Blutdruck? Ja Nein

Andere Herz/Kreislauf-Erkrkg.?

5 Infektionskrankheiten

Haben Sie/Ihr Kind eine Leberentzündung? Ja Nein

Sind Sie/Ihr Kind HIV-positiv (AIDS)? Ja Nein

Hatten/haben Sie/Ihr Kind Tuberkulose (Tbc)? Ja Nein

Andere Infektionskrankheit?

6 Operationen/Wundheilung

Wurden Sie/Ihr Kind schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, kam es zu verstärkten Blutungen? Ja Nein

- zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln? Ja Nein

- zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung? Ja Nein

- zu Thrombosen/Embolien? Ja Nein

7 Stoffwechsel?

Haben Sie/Ihr Kind eine Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse? Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind die Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind eine Nierenerkrankung? Ja Nein

8 Sonstige wichtige Erkrankungen, Befunde:

Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Augenerkrankungen, Tumorerkrankungen etc.

Bitte jetzt die Sicherheitsfragen auf Seite 4 beantworten >

Sicherheitsfragen (bei ambulanter Durchführung)

Aufenthaltort in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff

Nur ausfüllen, wenn andere Anschrift als auf Seite 1:

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Tel.: Vorwahl. _____ Nr.: _____

Transport nach Hause (zum Aufenthaltsort)

mit öffentl. Verkehrsmittel mit einem Taxi

mit einem Krankenwagen mit einem Privatwagen

mit (sonstiges Verkehrsmittel): _____

Name der Begleitperson (Fahrer(in)): _____

Art der Beziehung (Mutter, Vater, Ehefrau, Ehemann, Freund etc.): _____

Die pflegerische Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Die ärztliche Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Praxis/Klinik/Dr _____

Straße: _____ Nr. _____ Ort _____

Tel.: Vorwahl _____ Nr.: _____

Kann der oben genannte Aufenthaltsort von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt innerhalb von 30 Minuten erreicht werden? Ja Nein

Steht im Notfall ein Fahrer mit Auto /Taxi für den schnellen Transport zum Arzt/Krankenhaus zur Verfügung? Ja Nein

Bei Ablehnung einer Tonsillektomie

Die Patientin/der Patient/die Eltern/Sorgeberechtigten erbat(en) mehr Bedenkzeit.

Trotz Aufklärungsgespräch und intensiver Beratung der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten wurde eine Tonsillektomie abgelehnt. Über mögliche Folgen der Ablehnung wurde aufgeklärt. Als Gründe für die Ablehnung gab(en) die Patientin/der Patient/die Eltern/Sorgeberechtigten an:

Datum _____ Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten*

Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____ Evtl. Unterschrift eines Zeugen _____

*Beide Elternteile oder der/die Sorgeberechtigte(n) müssen unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt erklärt sie/er, daß sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen hat die Nr.:



01.07.01

Vorgesehene Maßnahmen

- Tonsillektomie (Entfernung der Gaumenmandel(n))
- Teilentfernung der Gaumenmandel(n) mit dem Laser
- Adeno-Tonsillektomie (Entfernung von Gaumen- und Rachenmandel(n))

ambulant stationär

Sonstige Maßnahmen: _____

Lokale Betäubung Allgemeinnarkose

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Hier trägt Ihre Ärztin/Ihr Arzt alle wesentlichen zusätzlichen Informationen ein, die sie/er Ihnen zum individuellen Fall mitgeteilt und mit Ihnen besprochen hat:

Einwilligungserklärung (nach dem Gespräch)

Nach dem Lesen dieses perimed Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/ dem Arzt

Frau/Herrn Dr. med.

fühle ich mich/fühlen wir uns voll informiert und aufgeklärt. Meine/unsere Fragen, insbesondere über die Tonsillektomie, ihre Vor-/Nachteile, Risiken und die Alternativen wurden ausreichend beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.

Ich willige/wir willigen nach reiflicher Überlegung in die vorgesehene Tonsillektomie ein.

Ich willige/wir willigen auch in notwendige Änderungen oder Erweiterungen der Tonsillektomie ein, wenn dies während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheint. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich/sind wir einverstanden.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/ unser Kind nach ambulanter Ausführung der Tonsillektomie für mindestens 24 Stunden nicht selbst ein Fahrzeug führen darf.

Datum: _____ Dauer des Gesprächs (min) _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern/Sorgeberechtigten*

Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____