

Patientenaufklärung und -einwilligung zur Behandlung mit einer intraartikulären Injektion/Injektionsserie von Hyaluronsäure.

	Ort/Datum
	<hr/>
	Diagnose
	<hr/>
	Betroffenes Gelenk
	<hr/> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

aufgrund der durchgeführten Untersuchung und Diagnostik wurde bei Ihnen die Indikation für eine intraartikuläre (in das Gelenk) Hyaluronsäureinjektion/-injektionsserie gestellt. In der Orthopädie werden viele Beschwerden der Gelenke, Sehnen, Bänder, Muskeln, Bandscheiben und Nerven durch Injektionen behandelt. Allerdings kann ein Risiko bei einem medizinischen Eingriff – wie auch hier – trotz Beachtung aller Vorschriften und unter strikter Einhaltung der Hygienevorgaben nahezu niemals ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund benötigt Ihr behandelnder Arzt Ihre Einwilligung zu dieser Maßnahme.

Eingriffsrisiken sind hier insbesondere:

- Allergische Reaktionen gegen das eingebrachte Medikament und/oder Medizinprodukt bzw. ein örtliches Betäubungsmittel, die sich z. B. als Schwellung, Juckreiz oder Hautausschlag äußern.
- Sehr selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen in Form von Kreislaufversagen oder Nierenschaden auf, die eine stationäre Behandlung erfordern und zu bleibenden Schäden führen können.
- Sehr selten kommt es zu Einblutungen bei Einspritzungen ins Gelenk, evtl. muss das Blut mit einer erneuten Punktion abgesaugt werden;
- Äußerst selten kommt es zu einer Infektion im

Gelenk; trotz medikamentöser und operativer Behandlung kann eine solche Infektion über einen längeren Zeitraum andauern.

- Ebenfalls sehr selten entsteht eine chronische Knochenentzündung (Osteitis) mit der Bildung eines krankhaften Verbindungsganges zwischen dem Entzündungsherd und der Knorpeloberfläche (Fistel);
- Ebenso selten können Infektionen (s. o.) zu einer Gelenkversteifung führen oder
- Haut- und Weichteilschäden (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nerven- und Venenreizungen) und langfristige Beschwerden (Narben, Schmerzen) durch Einspritzungen entstehen.

Bitte beachten Sie:

Unmittelbar nach der Injektion können Sie ein vorübergehendes Fremdkörpergefühl im behandelten Gelenk verspüren, das aufgrund des injizierten Präparates bzw. durch dessen Volumen entstehen kann.

Sollten nach der Behandlung Befindlichkeitsstörungen auftreten, wie z. B. Rötungen, Wärmegefühl, Schwellungen, Schmerzen an der Einstichstelle oder Fieber, so informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt. Sollte dieser (z. B. wegen einer Nachtzeit) für Sie im Falle des Auftretens vorstehender Beschwerden nicht zu erreichen sein, so stellen Sie sich bitte umgehend in der Ambulanz eines Krankenhauses vor und unterrichten dort über die vorgenommene Injektion.

Patientenaufklärung und -einwilligung zur Behandlung mit einer intraartikulären Injektion/Injektionsserie von Hyaluronsäure.

Ihr behandelnder Arzt benötigt nachfolgende Informationen von Ihnen:

Haben Sie Störungen des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone) ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurden Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Desinfektionsmittel, Nahrungsmittel (z. B. Hühnereiweiß), örtliche Betäubungsmittel, bei Ihnen beobachtet?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z. B. Zahnbehandlung) bei Ihnen zu verstärkten Blutungen/Blutverlusten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ärztliche Anmerkungen (füllt Ihr behandelnder Arzt aus):

Einwilligungserklärung:

Über den geplanten Eingriff sowie eventuell erforderlich werdende Erweiterungen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____

am (Datum) _____

von ca. _____ bis ca. _____ Uhr ausführlich informiert.

Im Aufklärungsgespräch wurde mir insbesondere Dringlichkeit und Notwendigkeit der Behandlung erläutert. Gleichfalls habe ich erfahren, wie voraussichtlich die Prognose lautet und/oder ggf. die weitere Entwicklung meiner Beschwerden, auch im Falle der Nichtbehandlung, zu erwarten ist. Dabei wurde mir die Möglichkeit gegeben, alle mir wichtig erscheinenden Fragen – z. B. über Risiken und mögliche Komplikationen – zu stellen.

Auf alternative Behandlungsmöglichkeiten wurde ich hingewiesen, insbesondere (ggf. bitte einfügen) auf:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit, nach für mich ausreichender Bedenkzeit, in die geplante Therapie ein.

Ich willige ausdrücklich in eine Therapie (intraartikuläre Injektion) mit dem Medizinprodukt Recosyn® _____ ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine gleichlautende Abschrift dieser Aufklärung und Einwilligung

erhalten zu haben nicht zu wünschen.

Datum: _____ Name Patient/in: _____

Unterschrift Patient/in:
