ALLGEMEINE UNIVERSITÄTSKRANKENHAUS IN PRAG
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
Gesetzlicher Vertreter des Patienten (Vorname, Nachname):	
Bezeichnung der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens (oder mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren): **DIAGNOSTISCHE HAUTBIOPSIE**	
Zweck, Art, Vorbereitung, erwarteter Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens: Eine Hautbiopsie wird zum Zweck der Diagnose durchgeführt. Dabei handelt es sich insbesondere um enzymatische Analysen, ggf. um molekulargenetische Untersuchungen von gezüchteten Hautzellen (Fibroblasten) und elektronenmikroskopische Untersuchungen. Die Entscheidung über die Durchführung dieser Spezialuntersuchung trifft der behandelnde Arzt. Diese Untersuchungen sind nicht durch eine für den Patienten weniger anspruchsvolle Blutuntersuchung ersetzbar. Die Gewebekultur der Fibroblasten kann mit der Einwilligung des Patienten auch für mehrere Jahre aufbewahrt und für zukünftige Untersuchungen verwendet werden. Die Risiken des Eingriffs sind mit Komplikationen in der Operationswunde verbunden (Infektion, Blutung, Wundtrennung). Ein weiteres Risiko ist die Schädigung des entnommenen Materials, z. B. durch bakterielle Überwucherung. Wir beugen den Komplikationen vor, indem wir das Verfahren standardisieren und Prozesse einhalten, die eine Kontamination der sterilen Umgebung durch Mikroorganismen verhindern.	
Andere Alternativen zur Behandlungsmethode, ihre Eignung, Vorteile und Risiken: Die Hautentnahme ist ebenfalls mit der Einwilligung des Patienten und unter Gewährleistung adäquater Entnahmebedingungen im Rahmen eines anderen chirurgischen Eingriffs möglich. Wird die Hautentnahme jedoch separat durchgeführt, besteht die Gewissheit, dass sie unter den erforderlichen Bedingungen und an der gewünschten Stelle erfolgt, so dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Gewebekultur von Fibroblasten gezüchtet werden kann und die entsprechenden Strukturen optimal erfasst werden können.	
Die Gesundheitsleistung / Das Behandlungsverfahren wird folgendermaßen durchgeführt: Der bioptische Eingriff wird an der Innenseite des Arms durchgeführt. Nach einer Hautbetäubung mit einem Lokalanästhetikum wird unter sterilen Bedingungen und nach einer gründlichen Desinfektion der Stelle eine kleine Hautprobe von ca. 8 x 3 mm (bei einer klassischen Inzision) oder 4 mm Durchmesser in Falle der Anwendung einer Biopsy Punch Hautstanze entnommen. Die oberflächliche Wunde wird entweder mit einer Hautnaht, bzw. -nähten oder Pflasterstreifen verschlossen, wonach ein steriler Verband angelegt wird.	

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach der Durchführung der genannten medizinischen Leistung / des Behandlungsverfahren:

Eine steril behandelte Wunde sollte bis zur Abheilung nicht mit Wasser in Berührung kommen. Eine größere körperliche Belastung des Armbereichs, aus dem die Probe entnommen wurde, ist zu vermeiden.

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Es empfiehlt sich, innerhalb von 48 Stunden nach dem Eingriff in einer medizinischen Einrichtung einen Verbandswechsel vorzunehmen. Auch bei Anzeichen einer Entzündung (lokale Rötung, Schwellung, Schmerzen) ist eine Kontrolle in der chirurgischen oder dermatologischen Ambulanz des Einzugsgebiets erforderlich. Bis zur Abheilung der Wunde wird empfohlen, den sterilen Wundverband zu belassen. Wurde die Wunde mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial genäht, muss dieses nach 7 Tagen entfernt werden, ebenfalls durch die chirurgische oder dermatologische Ambulanz.

Hiermit erkläre ich, dass der mich belehrende Arzt mir persönlich alles erklärt hat, was Inhalt dieser schriftlichen „Informierten Einwilligung" ist und ich die Möglichkeit hatte ihm Fragen zu stellen, auf welche er mir ausreichend Antwort gab. Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Belehrung voll verstanden habe und erteile ausdrücklich meine Einwilligung für die Durchführung der ärztlichen Behandlung.

Im Falle, dass der Patient **minderjährig ist oder mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit** und angemessen geistig und willensfähig reif ist:

Hiermit erkläre ich, dass ich im oben genannten Umfang belehrt worden bin.

Wurden dem Patienten diese Daten nicht zur Verfügung gestellt, ist der Grund für die Nichtbereitstellung der Daten anzugeben:

In Prag am

.....	.....
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters	*Vorname, Nachname und Unterschrift des Arztes*

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
…… *Unterschrift des minderjährigen Patienten /* *Patienten mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit*	
Wenn der Patient/gesetzliche Vertreter aufgrund seines Gesundheitszustands nicht unterzeichnen kann: Grund, aus dem der Patient/gesetzliche Vertreter nicht in der Lage ist zu unterzeichnen: Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat: …… *Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen*	