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 (eventuell mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren): **ÖSOPHAGUS-pH-METRIE**	
Zweck, Art, Vorbereitung, erwarteter Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens: Die Untersuchung dient der Feststellung des Rückflusses von Mageninhalt in die Speiseröhre und eines möglichen Zusammenhangs von klinischen Beschwerden mit diesem Zustand (Sodbrennen, Erbrechen, Husten, Asthma, Atemstörungen). In seltenen Fällen gelingt es nicht, die Sonde einzuführen, weil das Kind Widerstand leistet. Bestehen Zweifel an der Position der Sonde, wird diese nach dem Einführen radiologisch überprüft.	
Andere Alternativen zur Behandlungsmethode, ihre Eignung, Vorteile und Risiken: Röntgenuntersuchung der Speiseröhre, Isotopenuntersuchung oder Ultraschalluntersuchung. Diese Alternativen sind nicht mit dem Einführen einer Sonde verbunden, haben aber einen wesentlich geringeren diagnostischen Aussagewert.	
Die Gesundheitsleistung / Das Behandlungsverfahren wird folgendermaßen durchgeführt: Das Kind sollte nüchtern sein. Nachdem der aktuelle Zustand des Kindes beurteilt wurde, wird eine dünne Sonde durch die Nase in den unteren Teil der Speiseröhre eingeführt. Mittels der Sonde werden dann 24 Stunden lang Veränderungen des Säuregehalts gemessen, die den Grad des sogenannten Refluxes anzeigt.	
Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach Durchführung der genannten medizinischen Leistung / der Behandlungsverfahren: Am Tag der Untersuchung soll das Kind nicht baden, spielt nicht auf Rutschen und führt keine Aktivitäten aus, bei denen das Gerät beschädigt werden könnte. Das Kind sollte normalen täglichen Aktivitäten nachgehen. Alle täglich ausgeführten Aktivitäten werden für die Dauer der Untersuchung schriftlich erfasst.	

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Keine

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 Arztes

.....

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:

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat: ..... *Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen*	