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): ☐ **VV ECMO: VENOVENÖSE EXTRAKORPORALE MEMBRANOXYGENIERUNG** **(BLUTENTNAHME AUS DER VENE UND RÜCKFÜHRUNG IN DIE VENE)** ☐ **VA ECMO: VENOARTERIELLE EXTRAKORPORALE MEMBRANOXYGENIERUNG** **(BLUTENTNAHME AUS EINER VENE UND RÜCKFÜHRUNG IN EINE ARTERIE)**	
Zweck, Art, Vorbereitung, erwarteter Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens: Die Methode wird bei schwerem Atem- oder Kreislaufversagen durchgeführt, wenn alle verfügbaren Behandlungsmethoden versagen oder versagt haben. Das Blut wird vom Körper des Patienten in das extrakorporale Kreislaufsystem geleitet, wo es in einem Oxygenator mit Sauerstoff angereichert und mittels einer Pumpe in den Körper zurückgeführt wird. Dabei handelt es sich um eine sehr invasive Methode, bei der es zu Blutungen, wenn Kanülen in große Gefäße eingeführt werden, bzw. zu thromboembolischen Ereignissen (Bildung von Blutgerinnseln in den Gefäßen) kommen kann. Der Patient muss Blutverdünner (Heparin) erhalten, so dass auch das Risiko von Nachblutungen besteht. Zum Zeitpunkt, an dem dieser Eingriff bei einem Patienten angezeigt ist, besteht eine fast 100-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass er stirbt. Diese Methode, bei der wir die Lungen- und Herzfunktion weitgehend ersetzen, verschafft uns Zeit für die Behandlung der Grunderkrankung.	
Andere Alternativen zur Behandlungsmethode, ihre Eignung, Vorteile und Risiken: Es gibt kein alternatives Verfahren.	
Die Gesundheitsleistung / Das Behandlungsverfahren wird folgendermaßen durchgeführt: Der Eingriff wird unter Vollnarkose durchgeführt. Kanülen werden entweder chirurgisch oder durch Punktion in die großen Gefäße am Hals oder in der Leiste eingeführt. Anschließend wird ein Anschluss an den extrakorporalen Kreislauf (Schlauchsystem, Blutpumpe, Oxygenator, Wärmetauscher) hergestellt. Die extrakorporale Oxygenierung ("Sauerstoffversorgung") wird so lange fortgesetzt, bis sich der Zustand so weit gebessert hat, dass die Versorgung unterbrochen werden kann oder bis das Versagen der lebenswichtigen Organe eindeutig irreversibel ist.	

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

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

Es wird erst nach Abschluss der Behandlung individuell beurteilt.

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Es wird erst nach Abschluss der Behandlung individuell beurteilt.

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

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

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