

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Durchführung einer Muskelbiopsie zum Ausschluss einer Malignen Hyperthermie

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bei Ihnen liegt der Verdacht auf eine so genannte Maligne Hyperthermie vor. Dieses Krankheitsbild haben wir mit Ihnen ausführlich besprochen, und wir haben Ihnen zu einer Probeentnahme aus dem Muskel (Muskelbiopsie) geraten.

Diese Probe wird knapp oberhalb des Knies aus dem Streckmuskel des Oberschenkels auf der Innenseite, in der Regel links, entnommen. Dabei wird ein ca. 5 cm langer Schnitt durchgeführt und ein etwa 5-8 cm grosses Muskelpräparat entnommen. Gelegentlich müssen mehrere Präparate entnommen werden, um eine ausreichende Diagnosesicherheit für Sie sicherzustellen.

Im Anschluss an den Eingriff legen wir einen sterilen Verband an. Dieser wird gelegentlich unter Druck angewickelt, um eine Nachblutung zu vermeiden. Wir informieren Sie nach dem Eingriff, diesen Druckverband selbständig nach einer gewissen Zeit wieder abzulegen. Bei Schmerzen oder Gefühlsstörungen **muss der Verband sofort abgezogen werden!** Die Wunde sollte durch den Hausarzt regelmässig kontrolliert werden

Mit einer vermehrten Belastung des Muskels sollten Sie warten, bis die Wunde vollständig verheilt ist.

Bei Unklarheiten, vermehrten Schmerzen oder Zeichen der Rötung, Schwellung und Ueberwärmung suchen Sie bitte **sofort** Ihren Hausarzt auf oder kontaktieren Sie uns, damit eine Beurteilung durch einen Arzt erfolgen kann.

Obwohl es sich um einen kleineren Eingriff handelt, können **unter anderem** folgende **Komplikationen** auftreten:

Störende Narbenbildungen, Wulstbildungen, Hauteinziehungen, Infektion (Vereiterung), ggf. Nachoperation, Ausbildung eines Blutergusses, der nachoperiert werden muss, Schmerzen im Bereich des Muskels, Muskelriss, Gefühlsstörungen.

Ich bin mit dem Eingriff einverstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden verständlich und ausführlich beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Datum, Ort

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Arzt