

Klinik / Praxis

Patientendaten:

am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind ist zur Abklärung einer Blutbildveränderung oder als Behandlungskontrolle eine Knochenmarkpunktion und/oder eine Knochenmarkbiopsie geplant.

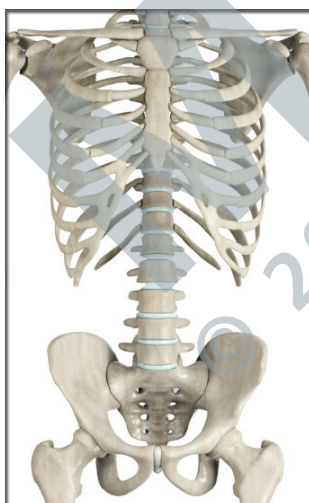
Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in den vorgeschlagenen Eingriff erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### GRÜNDE FÜR EINE KNOCHENMARKPUNKTION / -BIOPSIE

Das Knochenmark ist für die Bildung der meisten Blutzellen zuständig. Viele Erkrankungen, welche das Blut betreffen (z. B. Leukämie oder Blutarmut), können daher über eine Knochenmarkpunktion festgestellt werden. Aber auch Knochenmarkmetastasen oder andere Erkrankungen des Knochenmarks können damit diagnostiziert werden. Die Knochenmarkpunktion kann zudem zur Kontrolle eines Therapieverlaufs dienen.

Die Entnahme des Knochenmarks erfolgt entweder am Beckenknochen oder am Brustbein, bei kleinen Kindern auch am Schienbein. Je nach Fragestellung kann dabei die Entnahme von einzelnen Knochenmarkzellen (Knochenmarkpunktion) und/oder die Gewinnung eines Gewebezylinders (Knochenmarkbiopsie) erforderlich sein.

### ABLAUF DES EINGRIFFES



Die Punktion bzw. Biopsie erfolgt in der Regel in örtlicher Betäubung. Gegebenfalls wird Ihnen auch ein Narkose- oder Beruhigungsmittel (z. B. Propofol oder Dormicum®) verabreicht, was Sie in einen schlafähnlichen Zustand versetzt. Bei Kindern kann auch eine Narkose notwendig sein. Hierüber werden Sie gesondert aufgeklärt.

Zunächst wird die Punktionsstelle desinfiziert und örtlich betäubt. Der Eingriff am Beckenknochen erfolgt meist in Seitenlage und mit angezogenen Beinen. Bei Punktion des

Brustbeins liegt der Patient auf dem Rücken.

Bei einer **Knochenmarkpunktion** wird nach der örtlichen Betäubung zunächst eine Hohlnadel in den Knochenmarkraum vorge-

schoben. Das Knochenmark kann anschließend mit einer dünnen Nadel abgesaugt werden. Hierbei kann es zu einem kurzen, starken Ziehen kommen, das in der Regel schnell wieder vergeht.

Ist eine **Knochenmarkbiopsie** geplant, wird eine Hohlnadel bis in das Knochenmark vorgeschoben. Anschließend kann die Nadel mit dem darin befindlichen Gewebezylinder entnommen werden.

Nach Abschluss des Eingriffs wird die Punktionsstelle mit einem Verband versehen.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Bei einigen Erkrankungen kann eine normale Blutuntersuchung ausreichend sein, um die Diagnose zu stellen oder den Verlauf zu beurteilen. Ihr Arzt erklärt Ihnen gerne, warum er in Ihrem Fall/ im Fall Ihres Kindes eine Knochenmarkspunktion bzw. -biopsie empfiehlt.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals.

#### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente regelmäßig eingenommen oder gespritzt müssen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® [ASS], Marcumar®, Heparin, Plavix®, etc.) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen wurden. Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt wird Sie informieren, ob und für welchen Zeitraum die Medikamente abgesetzt werden müssen.

Ihr Arzt wird Ihnen mitteilen, ob Sie/Ihr Kind für die Punktion/Biopsie **nüchtern** bleiben müssen/muss.

#### Nachsorge:

Sie sollten/Ihr Kind sollte nach dem Eingriff wie angeordnet liegenbleiben.

Im Falle eines **ambulanten Eingriffs** müssen Sie/Ihr Kind von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Sorgen Sie dann auch für eine Aufsichtsperson zu Hause für den vom Arzt empfohlenen

im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Stoffwechsel-Erkrankungen?

ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht,  
 Schilddrüsenunter/  -überfunktion.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (auch bei Blutsverwandten)?

ja  nein

angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs,  Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk),  Wirbelsäulenbeschwerden,  Rheuma,  Osteoporose,  Knochenbrüche.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Infektionskrankheiten?

ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

#### Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

\_\_\_\_\_  
Name und Lebensalter des Abholers

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name und Lebensalter der Aufsichtsperson

#### Ablehnung des/der Patienten/in/der Eltern

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich/uns umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner/ unserer Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich/wir habe/n die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne/n den vorgeschlagenen Eingriff ab.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern\* / Patientin / Patient / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

#### Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Punktion zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.

Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

#### Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in/der Eltern

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

**Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe/n.** Diesen Aufklärungsbogen (3 Seiten) habe/n ich/wir vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde/n ich/wir über den Ablauf des geplanten Eingriffs, dessen Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall/im speziellen Fall unseres Kindes und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

**Ich/Wir verzichte/n bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich/Wir bestätige/n hiermit allerdings, dass ich/wir von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass der Eingriff Risiken birgt, sowie über mögliche Alternativen informiert wurde/n.

#### Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir keine weiteren Fragen habe/n und keine zusätzliche Bedenkezeit benötige/n.

**Ich/Wir stimme/n dem vorgeschlagenen Eingriff zu.** Ich/Wir willige/n ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte/ der Krankengeschichte (Anamnese) unseres Kindes habe/n ich/wir nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir in der Lage bin/sind, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern\* / der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten

verzichtet

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern\* / Patientin / Patient / Betreuer / Vormund

\* Unterschrift nur ein Elternteil, so erklärt dieser mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt.