

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten		m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Versicherte(r)

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen für eine

Zentralvenöses Kathetersystem (ZVK)

Port

Hickman-/Demers-Katheter bei Erwachsenen / Kindern

Vor dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt bitte sorgfältig lesen, Fragen beantworten und ausfüllen!

Behandlungs-Einrichtung (Praxis, KH, MVZ etc.)	Beh.ID
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID

Fall-Nr.:	Patienten-Nr. (ID)	Behandlungsdatum
Andere, entscheidungsberechtigte Person(en) / zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):		
Beziehung zum Patienten /Verwandschaftsgrad:		Patientenvollmacht vorhanden Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
		Patientenverfügung vorhanden Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Entscheider Tel. -Vorw. - Nr.	Entscheider E-Mail-Adresse	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

dieser perimed Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über den bei Ihnen/Ihrem Kind vorgesehenen venösen Zugang mittels Port / Hickman-Katheter.

Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben. Ihre Einwilligung sollten Sie erst dann geben, wenn Sie die möglichen Komplikationen, Vor- und Nachteile verstanden haben und Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihre Fragen beantwortet hat.

Warum dieser Katheter?

Die Ihnen (ggf. für Ihr Kind) empfohlene Einpflanzung eines venösen Verweilkatheters (Port/Hickman-Katheter) bringt einen dauerhaften und sicheren Zugang zu einer Vene. Er ermöglicht Dauerinfusionen. Dies ist häufig nach schweren Operationen oder bei einer Chemotherapie erforderlich.

Wie wird der Katheter eingepflanzt?

Das Legen des Katheters kann in örtlicher Betäubung oder in

Vollnarkose erfolgen. Über Art und Risiken des vorgesehenen Anästhesieverfahrens werden Sie getrennt aufgeklärt.

Mittels eines kleinen Schnittes an der Brustwand/Arm wird eine Vene freigelegt, durch die ein Katheter (Kunststoffschlauch) bis in die obere Hohlvene (Vena Cava) kurz vor dem Herzen vorgeschoben wird. Dieser Vorgang wird normalerweise mit einem Röntgengerät kontrolliert. Um den Katheter in der Vene und seine Lage besser sichtbar zu machen, kann auch ein Kontrastmittel gespritzt werden. Im Wesentlichen werden zwei verschiedene Kathetertypen eingesetzt:

Abb. 1: Darstellung eines Hickman-Katheters

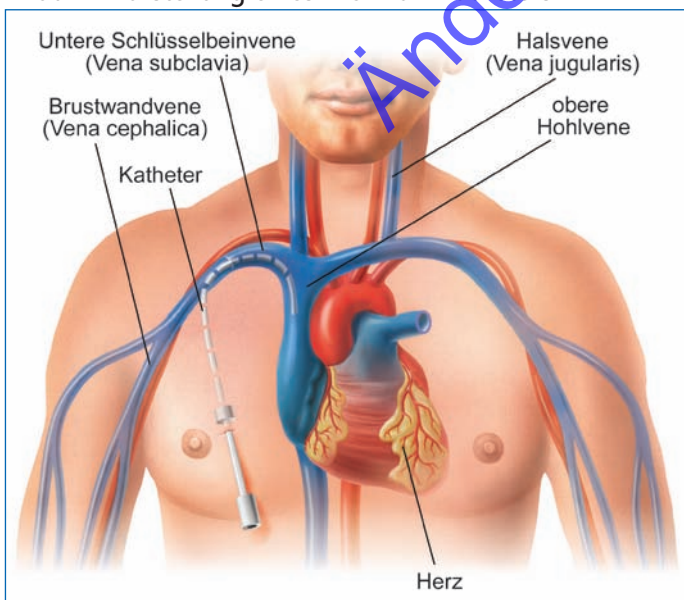
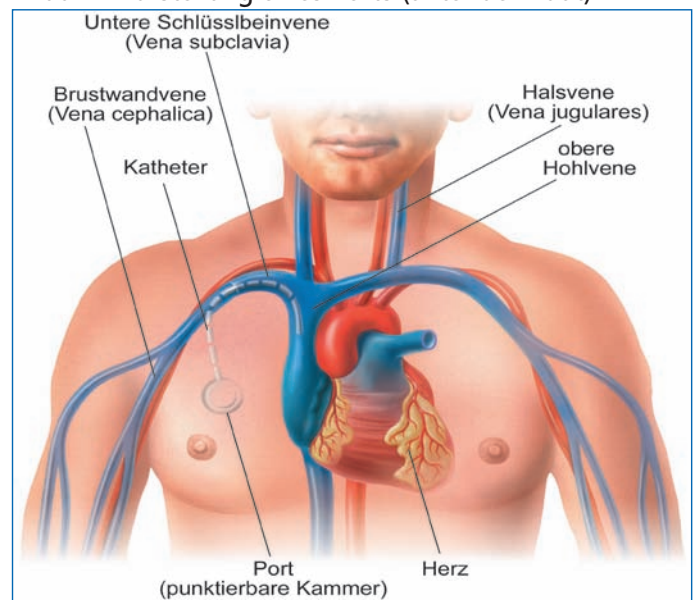


Abb. 2: Darstellung eines Ports (unter der Haut)



perimed Patientenaufklärungsbogen * Herausgeber und Autor: Dr. med. Dietmar Straube
 ©1979-2009 perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH * Böhmlach 77 * Postfach 2820 * D-91058 Erlangen
 Tel: +49 (0)9131 609 100/609 101 * Fax: +49 (0)9131 609 234/609 216 * www.perimed.de * E-Mail: service@perimed.de
 Jurist. Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR * Wiesbaden-Berlin-München * Tel: +49 (0)611 180950 * www.arztrecht.de * bsp@arztrecht.de
 Bogen-Code: AnKt03ADe_04-09-09_4250112701029 * Fotokopieren und Nachdruck, Verbreitung im Internet, auch auszugsweise, verboten

Der Hickman/Demers-Katheter (Abb.1)

Dabei wird der Katheter im Unterhautfettgewebe zwischen der Veneneintrittsstelle und der Austrittsstelle (am Brustkorb oder am Bauch) durchgezogen, wo zur Verminderung der Infektionsgefahr eine abdichtende Kunststoffmanschette gelegt wird, die mit dem Körpergewebe verwächst.

Das Port-System (Abb.2)

Das System funktioniert, indem eine kleine Kammer (Port) unter die Haut im Fettgewebe eingepflanzt wird, in die ein Katheter mündet. Die Kammer hat eine Membran, welche nach außen (oben) gerichtet ist. Ihre Ärztin/Ihr Arzt kann so mit einer Spritze durch die Haut in die Kammer gelangen, um Medikamente einzuspritzen oder Infusionen einzubringen (Abb. 3).

Die Lage der Kammer (Port) ist deutlich im Röntgenbild zu sehen. Von außen ist sie kaum sichtbar und beeinträchtigt Sie/Ihr Kind

kaum. Mit diesem System können Sie/Ihr Kind normal duschen und baden. Beim Sport wird das Port-System Sie/Ihr Kind kaum behindern.

Häufige Einspritzungen von Mitteln in die Kammer (Port) wird diese in ihrer Funktion nicht einschränken. Die Injektion spüren Sie/Ihr Kind an der Haut kaum.

Da eine Spezialnadel für die Einspritzung notwendig ist, darf nur Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder eine Schwester bzw. ein Pfleger eine Injektion vornehmen.

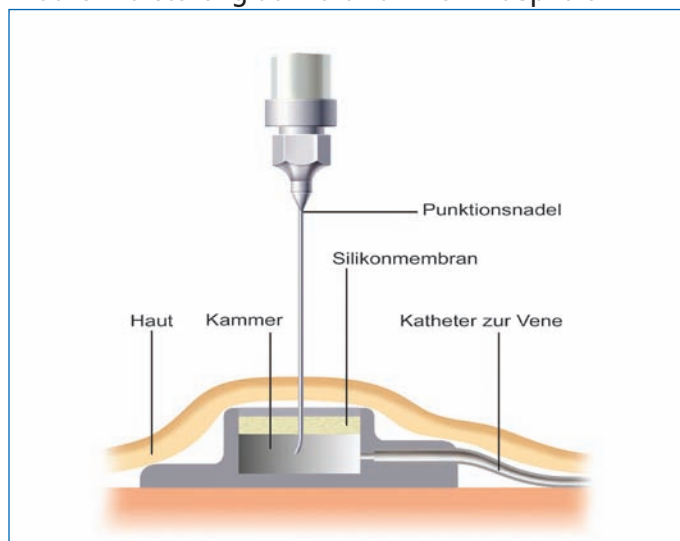
Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs

Kein ärztlicher Eingriff ist ohne Risiken. Die Risiken werden nicht nur durch den Eingriff selbst bestimmt, sondern auch von Ihrer körperlichen Verfassung und Ihren Vorerkrankungen bzw. denen Ihres Kindes.

So gelingt es bei verschlossenen oder brüchigen Blutgefäßen manchmal nicht, einen Katheter einzuführen, so dass der Eingriff abgebrochen werden muss.

- Bei Störungen der Blutgerinnung und Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln kann es zu stärkeren Blutungen kommen.

Abb. 3: Darstellung der Port-Kammer mit Spritze



- Äußerst selten sind Blutungen so stark, dass auch die Gabe von Fremdblut mit den damit verbundenen Risiken notwendig wird. Aus gesetzlichen Gründen muss für diesen Fall auf die **extrem seltene Infektionsmöglichkeit** mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder dem HI-Virus (AIDS) hingewiesen werden.

- Zur Verhinderung von Blutungen müssen Sie daher Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt unbedingt mitteilen, ob Sie/Ihr Kind gerinnungshemmende Mittel erhalten! Vor der Operation sollten keine blutverdünnenden Medikamente (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®) mehr eingenommen werden. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen sagen, welche Einnahmepausen bei welchem Medikament vor und nach der Operation einzuhalten sind.

- **Hautausschlag und Juckreiz** an der Einstichstelle sind meist **allergische Reaktionen** oder Überempfindlichkeit auf die gegebenen Röntgenkontrastmittel und Betäubungsmittel. Sie klingen meist bald wieder ab. **Äußerst selten** kommt es zu schweren allergischen Reaktionen mit Herz- und Kreislaufversagen sowie Atemstillstand.

- **Missempfindungen** (Kribbeln, Taubheit) an Einstichstellen entstehen durch ungewollte und unvorhersehbare Verletzungen von Hautnerven.

- **Selten** verursachen Spritzen Schäden an Haut- oder Weichteilen (Abszess, Nekrosen=Absterben von Gewebe) oder Venenreizungen, die zu langdauernden Irritationen mit Schmerzen und Narben führen können.

- **Narbenwucherungen (Keloide)** können bei entsprechender Veranlagung oder nach der Entzündung einer Wunde entstehen und zu einem kosmetisch störenden Ergebnis führen.

- Bei Verletzung von Zwerchfell- oder Stimmbandnerven entstehen **sehr selten** Atemstörungen oder Heiserkeit.

- Bei der **sehr seltenen** Verletzung des Rippenfells kann Luft in den Brustfellraum eindringen und zu einem Lungenkollaps führen (Pneumothorax). Bei größeren Mengen wird die Luft mit einer Spritze oder einer Saugdrainage (Kunststoffschlauch) abgesaugt.

- Druckschädigungen an Nerven (Sensibilitätsstörungen, Lähmungen) oder an Weichteilen und Störungen der Durchblutung kommen manchmal durch die für den Eingriff notwendige La-

gerung zustande. Solche Schäden werden **selten** auch durch Desinfektionsmittel und Strom verursacht.

- Wie bei und nach jedem operativen Eingriff ist das Risiko von Blutgerinnselbildungen in den großen Venen (Thrombose) erhöht. Diese Gerinnsel können verschleppt werden und ein Blutgefäß (z.B. in der Lunge) verschließen (Lungenembolie).

- Manchmal treten Blutergüsse und Entzündungen (Thrombophlebitis) im Operationsgebiet auf. In schweren Fällen kann die Entfernung oder der Austausch des Kathetersystems notwendig werden.

- Ausgehend von Infektionen an Einstichstellen können in **seltenen Fällen** Bakterien in den Blutkreislauf gelangen (Bakteriämie). Daraus kann eine generelle Infektion mit **Blutvergiftung** (Sepsis) entstehen, die u.a. zu einer Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) führen kann.

Verhalten nach dem Eingriff

Zur Vermeidung von Entzündungen ist eine sorgfältige Pflege des Hickman-Katheters notwendig. Zur Vermeidung von gefährlichen Luftembolien muss vor der Bedienung des Systems eine Schulung durchgeführt werden. Es sind ausschließlich sterile Verbände zu benutzen. Das Ventil darf nur zur Einbringung von Medikamenten oder Nährlösungen geöffnet werden.

Die Pflege des Port-Systems ist nach der Wundheilung einfacher, da dieses unter der Haut liegt, äußerlich kaum sichtbar ist und keinen direkten Zugang von außen hat. Daher sind Duschen oder Baden und sportliche Betätigung möglich.

Zur Einbringung von Medikamenten, Infusionen oder Nährlösungen wird mit speziellen Nadeln durch die Haut in die Kammer gestochen, was fast schmerzlos ist. Dies sollte aber nur von erfahrenem Personal durchgeführt werden.

Nicht nur bei fehlender Spülung können sich Katheter verschließen. Daher müssen sie auch außerhalb von Behandlungsterminen regelmäßig zu vorgegebenen Terminen kontrolliert und gespült werden.

Wenn es zu einer Infektion kommt, der Katheter sich verschließt oder ein Materialdefekt auftritt, kann eine vorzeitige Entfernung oder ein Austausch des Katheters notwendig werden.

Bis 24 Stunden nach dem Legen eines Kathetersystems dürfen Sie/Ihr Kind auf keinen Fall ein Fahrzeug führen, Maschinen bedienen oder wichtige Entscheidungen treffen.

Wenn bei Ihnen/Ihrem Kind Fieber oder Schüttelfrost als Zeichen einer Entzündung auftreten, müssen Sie/Ihr Kind umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:

Bitte notieren Sie hier alle Fragen, die Ihnen nach dem Lesen dieses Bogens noch geblieben sind, und die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt besprechen wollen.

Wenn vorhanden bitte Allergie-/Röntgenpass/Marcumar-Ausweis mitbringen!

Was Ihre Ärztin/Ihr Arzt wissen muss:

Sind Sie (Ihr Kind) Raucher(in)? Ja Nein
 Trinken Sie (Ihr Kind) regelmäßig Alkohol? Ja Nein
 Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig Medikamente? Ja Nein
 Wenn ja, welche und wie viel?

Frauen: Könnten Sie (Ihr Kind) schwanger sein? Ja Nein

Leiden Sie (Ihr Kind) unter Allergien? Ja Nein

Wenn ja, - gegen Nahrungsmittel/Medikamente? Ja Nein
 - gegen Metall (z.B. Nickel)/Pflaster/Gummi/Latex)? Ja Nein
 - gegen Betäubungsmittel, Narkosemittel? Ja Nein
 - gegen Jod / Röntgenkontrastmittel? Ja Nein
 - andere:

Leiden Sie (Ihr Kind) an Asthma / Heuschnupfen? Ja Nein

Sind Bindegewebserkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, Sklerodermie? Ja Nein
 Rheuma? Ja Nein
 Andere?

Haben Sie (Ihr Kind) Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Wenn ja, entstehen leicht blaue Flecken/Nasenbluten? Ja Nein
 Nehmen Sie (Ihr Kind) gerinnungshemmende Mittel wie z.B. Marcumar®, Plavix®, ASS (z.B. Aspirin®)? Ja Nein
 Andere:

Haben Sie (Ihr Kind) eine Herz-/Kreislauf-Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, - eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? Ja Nein
 - eine Angina pectoris (Brustschmerzen), Herzinfarkt? Ja Nein
 - einen erhöhten / erniedrigten Blutdruck? Ja Nein
 Andere:

Haben Sie (Ihr Kind) eine Infektionskrankheit? Ja Nein

Wenn ja, - eine Leberentzündung? Ja Nein
 - Tuberkulose (Tbc)? Ja Nein
 - sind Sie (Ihr Kind) HIV-positiv (AIDS)? Ja Nein
 Andere:

Haben Sie (Ihr Kind) eine Stoffwechselerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, - eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 - die Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
 - eine Nierenerkrankung? Ja Nein
 Andere:

Wurden Sie (Ihr Kind) schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, kam es zu verstärkten Blutungen? Ja Nein
 - zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln? Ja Nein
 - zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung? Ja Nein
 - zu Thrombosen/Embolien? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen/Beschwerden? Ja Nein

Bitte notieren Sie hier, welche sonstigen wesentlichen Erkrankungen Sie (Ihr Kind) schon hatten oder haben, z.B. Anfallsleiden, Augenerkrankungen, psychische Erkrankungen, Tumorerkrankungen oder andere:

Patient(in) = Versicherte(r): Ja Nein

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Tel-VW-Nr:	E-Mail-Adresse Patient (Entscheidungsberechtigte(r))	

Patient(in)

Maßnahmen ambulant kurzstationär stationär

ZVK - Zentralvenöses Kathetersystem

Port-System

Hickman-Katheter

Demers-Katheter

Anderes System:

Betäubung/Schmerzstillung

Lokale Betäubung/Schmerzstillung regionale Betäubung

Analgosedierung (Dämmerschlaf) Kurznarkose

Allgemeinnarkose Andere:

Verkehrstauglichkeit eingeschränkt für Stunden Tage

Der Transport nach Hause erfolgt mit einem

öffentlichem Verkehrsmittel Taxi

Krankenwagen Privatwagen

Die Fahrzeugschlüssel der Patientin/des Patienten sind hinterlegt bei:

Begleitperson (Fahrer(in)):

Wer betreut Sie nach der Entlassung?

Steht im **Notfall** ein Auto mit Fahrer/Taxi zur Verfügung? Ja Nein

In wieviel Minuten kann Ihr(e) Ärztin/Arzt Sie erreichen?

In wieviel Minuten können Sie das nächste Krankenhaus / den Notarzt erreichen?

Zuweisende(r) (Haus)ärztin/-arzt:

Praxis / MVZ / Klinik / Dr.:		ID
Straße		Nr.
Land	PLZ	Ort
Tel-VW-Nr:	E-Mail-Adresse	

Aufklärende(r) =behandelnde(r) Ärztin/Arzt? Ja Nein

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Hier trägt Ihre Ärztin/Ihr Arzt alle wesentlichen zusätzlichen Informationen ein, die sie/er Ihnen zum individuellen Fall mitgeteilt und mit Ihnen besprochen hat. **Bei Ablehnung des Eingriffs werden hier detailliert die Gründe sowie die Methoden notiert, mit denen der Patient zur Zustimmung bewogen werden sollte.**

Einwilligung Ablehnung

Nach dem Lesen dieses Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt. Meine Fragen, insbesondere über die Art des Katheters, ihre Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.

Ich willige nach reiflicher Überlegung in den vorgesehenen Eingriff ein sowie in Änderungen und Erweiterungen des Verfahrens, wenn diese während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheinen. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Die Fragen zu den Vorerkrankungen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Die Verhaltenshinweise werde ich befolgen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im gesetzlichen Rahmen elektronisch gespeichert und für wissenschaftliche Auswertungen herangezogen werden.

Ich habe die von meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilten Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit zur Kenntnis genommen und werde sie beachten.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen einer Verweigerung aufgeklärt. Ich lehne den Eingriff trotzdem strikt ab!

Datum (tt.mm.jj) Unterschrift der Patientin/des Patienten/d. Entscheidungsberechtigten*

Uhrzeit (hh.mm)

Datum (tt.mm.jj) Unterschrift der Ärztin/des Arztes, ggf. von Zeugen

Uhrzeit (hh.mm)

Ärztungen Vorbehalten Muster

* Bei Kindern: Beide Elternteile oder die Entscheidungsberechtigten müssen unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt erklärt sie/er, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder ihn/ihr das alleinige Sorgerecht zusteht.