



Klinik / Praxis

Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

- Behandlung von  Polypen  Zysten  Reinke-Ödem  
 stimmverbessernde Eingriffe (Augmentation)  
 Injektion von Medikamenten  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

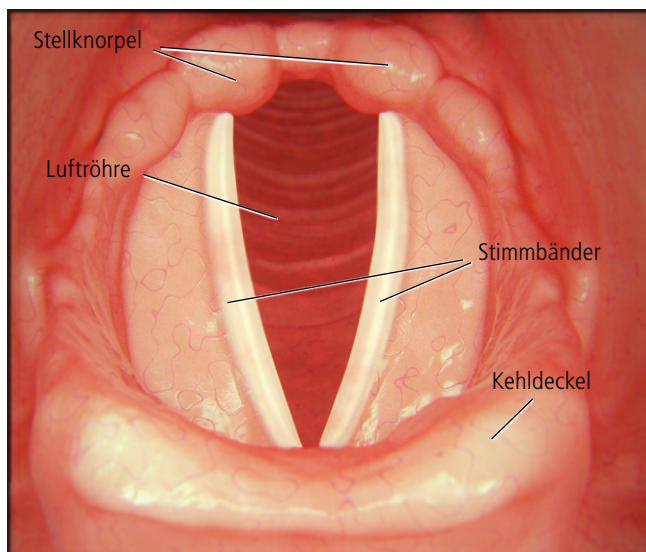
zur Behandlung Ihrer Beschwerden ist bei Ihnen ein Eingriff an Kehlkopf bzw. Stimmlippen geplant.

Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen der 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 DEN EINGRIFF

Unterschiedliche Veränderungen der Stimmlippen können zu Beeinträchtigungen der Stimme oder der Atmung führen. So kann es bei Schleimhautveränderungen wie Polypen und Zysten zu Heiserkeit, Sprechanstrengung oder schwacher Stimme kommen. Bei Rauchern kann die Einlagerung von Flüssigkeit im Bereich der Stimmlippen zum sog. Reinkeödem führen und eine rauhe und heisere Stimme verursachen.

Ist in Folge einer Operation oder eines Unfalls eine Stimmlippe gelähmt (sog. Recurrensparese), kann die Stimmqualität durch Aufpolsterung der betroffenen Stimmlippe mittels verschiedener Medikamente (z. B. Hyaluronsäure) oder körpereigenem Fett verbessert werden. Bei der sog. spasmodischen Dysphonie kommt es durch Verkrampfung der Stimmlippen zu Anfällen von Atemnot und Stimmlosigkeit. Hier kann eine Injektion von Botulinumtoxin eine Linderung der Beschwerden bewirken.



zum Einzeichnen des Befundes

### ABLAUF DER OPERATION

Der Eingriff erfolgt in der Regel in Narkose, worüber Sie gesondert aufgeklärt werden. Bei sehr kleinen Veränderungen oder günstiger Lage kann der Eingriff ggf. auch in Lokalanästhesie erfolgen, hierzu wird die Schleimhautoberfläche des Kehlkopfes mittels Spray betäubt.

Der Eingriff erfolgt über den Mund. Bei einem Eingriff in Narkose wird zur Darstellung des Kehlkopfes unter Zahnschutz ein besonderes Rohr eingeführt. Mit einem Mikroskop oder Endoskop kann der Arzt anschließend das Operationsgebiet einsehen. Mit langen, besonders feinen Instrumenten, ggf. auch mit einem Laser, wird dann z. B. der Polyp oder das Ödem abgetragen oder ein Medikament in die Stimmlippe gespritzt. Bei der Verwendung von körpereigenem Fett wird dies z. B. im Bereich des Bauchnabels über einen kleinen, unauffälligen Hautschnitt gewonnen, der unmittelbar wieder mittels Naht verschlossen wird.

Eventuell auftretende Blutungen werden meist durch blutstillende Medikamente behandelt, selten ist eine elektrische Verödung notwendig.

### MÖGLICHE ERWEITERUNGSMASSNAHMEN

Je nach Lage und Ausmaß der Veränderung kann es notwendig sein, mehr Gewebe als ursprünglich geplant zu entfernen.

Um einen erneuten Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihre Einwilligung zu möglichen Erweiterungsmaßnahmen schon jetzt zu erteilen.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Manche Veränderungen sind vor allem durch eine Fehl- oder Überbelastung der Stimme bedingt. In diesen Fällen kann eine alleinige logopädische Behandlung ausreichend sein.

Da das Reinkeödem in der Regel aufgrund von Tabakgenuss entsteht, kann ein Verzicht auf Rauchen bereits zu einem Rückgang führen und eine Operation ersparen.

Ihr Arzt wird Sie hier über die verschiedenen Therapieoptionen ausführlich beraten.

## ERFOLGSAUSSICHTEN

Mit dem geplanten Eingriff können die meisten Beschwerden sicher und langfristig behoben werden. Allerdings kann durch den Eingriff nicht immer der gewünschte stimmverbessernde Effekt erreicht werden. Auch kann sich der bestehende Zustand wieder verschlechtern. Ggf. sind dann weitere Behandlungen oder eine logopädische Betreuung notwendig. Da eingebrachte Medikamente oder Fett mit der Zeit vom Körper abgebaut werden und Botulinumtoxin nach einigen Monaten seine Wirkung verliert, wird dann ggf. eine Wiederholung des Eingriffes nötig. Unabhängig davon kann es bei anatomischen Besonderheiten, oder nach Voroperationen sein, dass der Eingriff nicht wie geplant gelingt und eine andere Behandlungsmethode notwendig wird. Auch nach erfolgreich durchgeführter Operation kann ein Wiederauftreten oder das Auftreten neuer Beschwerden an gleicher oder anderer Stelle möglich sein.

## HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte folgende Verhaltenshinweise:

### Vorbereitung:

Wenn der Eingriff in **Narkose** durchgeführt wird, müssen Sie nüchtern sein. Bitte nehmen Sie dann für mindestens 6 Stunden vor der Operation keine Speisen und Getränke mehr zu sich und stellen Sie das Rauchen ein.

**Medikamenteneinnahme:** Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

### Nachsorge:

Der **Verzicht auf Tabak** wirkt sich positiv auf die Wundheilung aus.

In den ersten Tagen nach dem Eingriff wird die **Wunde** von Ihrem Arzt **kontrolliert**. Wundflächen im Bereich des Kehlkopfes sollten, soweit möglich, **vor Manipulation oder Reizung geschützt** werden. Daher sollten Sie in der Regel für einige Tage die Stimme schonen und **nicht bzw. wenig sprechen**.

Ggf. sollte die erste Zeit nach der Operation auf **weiche Kost** geachtet werden. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen geben.

**Schmerzen, Schwellungen und Taubheitsgefühl** im Bereich der Mundhöhle, des Rachens und des Halses sind in der Regel vorübergehend und kein Grund zur Beunruhigung. Bitte informieren Sie aber sofort Ihren Arzt, **falls Fieber, starke Schmerzen, Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, starke Schwellungen und Blutergüsse oder offensichtliche Blutungen auftreten**. Diese Beschwerden können auch noch Tage, selten Wochen, nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine sofortige Abklärung.

## RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern, im Extremfall im weiteren Verlauf auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

**Schmerzen, Schwellungen, Blutergüsse, Schluckstörung bis Schluckunfähigkeit, Fremdkörpergefühl, Heiserkeit, Kraftlosigkeit der Stimme, Veränderung der Stimmfarbe bis Stimmverlust** sind normal und in der Regel vorübergehend. Im Extremfall können die Veränderung der Stimmfarbe bzw. ein Stimmverlust, z. B. durch unbeabsichtigte Verletzungen der Stimmlippen oder angrenzenden Strukturen des Kehlkopfes, auch dauerhaft sein.

Bei starker Schwellung kann es zu Beeinträchtigung der Atmung bis hin zu **Atemnot** kommen. Im Extremfall kann dann die vorübergehende **Anlage eines Luftröhrenschnittes** erforderlich werden. Durch den Luftröhrenschnitt kann es zu starkem Hustenreiz, Sekretbildung und Atemnot kommen und Sie können nicht sprechen. Wird der Luftröhrenschnitt nicht mehr benötigt, kommt es binnen Wochen oder Monaten zum Spontanverschluss. Ist dies nicht der Fall, muss ggf. ein operativer Verschluss erfolgen.

Gelegentlich kommt es durch die verwendeten Operationsinstrumente trotz entsprechender Schutzmaßnahmen zu **Zahnschäden**. Dabei kann es, insbesondere bei lockeren Zähnen oder vorbestehenden Schäden, zum Verlust eines oder mehrerer Zähne kommen.

Durch die verwendeten Instrumente sind **Druckschäden im Bereich der Lippen und der Zunge** möglich. Hierdurch kann es zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Einschränkung der Empfindlichkeit und Beweglichkeit der Zunge kommen, auch können der Geschmackssinn und die Sprachbildung beeinträchtigt sein.

Insbesondere bei Wundheilungsstörungen kann es zur **Verwachsungen** (sog. **Synechien**) im Bereich der Stimmlippen und infolgedessen zur Beeinträchtigung der Stimmqualität oder zu Atemnot kommen. Weitere Behandlungen, ggf. auch Operationen, können dann notwendig werden.

Durch übermäßige Öffnung des Mundes während der Operation sowie dem nötigen Überstrecken des Halses kann es zu **Beschwerden im Kiefergelenk** sowie der **Halswirbelsäule** kommen.

Es kann zu **Verletzungen des Rachens** (Pharynx) und zum Einatmen von Blut oder Sekret kommen. Dies kann in seltenen Fällen eine verlängerte Beatmung erfordern oder eine Lungenentzündung verursachen.

**Infektionen** können im Operationsgebiet auftreten, zu Weichteilerungen (Phlegmonen) und Abszessen führen und sich in den Brustraum ausbreiten (Mediastinitis). Sie können auch an der Einführungsstelle von Injektionsnadeln, z. B. der Venenverweilkanüle, auftreten. In den meisten Fällen sind Infektionen mit Antibiotika gut zu behandeln. Selten kann es zur Verschleppung von Keimen in die Blutbahn und zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) kommen.

Durch Infektionen oder Verletzungen des Rachens kann es zu **Wundheilungsstörungen** und zur Ausbildung von **Fisteln** (unnatürlichen Verbindungsgängen) zur Haut kommen. Ein weiterer operativer Eingriff kann dann erforderlich werden.

**Blutungen** können in den meisten Fällen bei der Operation sofort versorgt werden. Bei stärkeren Blutungen kann eine Erweiterung der Operation oder eine Nachoperation erforderlich werden.

**Schädigungen der Haut, Weichteile bzw. Nerven** (z. B. durch Druck, Einspritzungen, Desinfektionsmittel, den Einsatz von elektrischen Operationsinstrumenten oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Bleibende Nervenschäden oder Narben sind selten.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente (Schmerz-, Beruhigungsmittel) oder Latex, können zu Hautausschlag, Juck-

reiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Es können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

- Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel,  Xarelto®,  
 Pradaxa®,  Eliquis®,  Lixiana®.

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

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Wurden Sie schon einmal im Kopf-Hals-Bereich operiert?**  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein  
 Stillen Sie?  ja  nein

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:**

**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

- Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  ja  nein

- Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herz-

klappenerkrankung,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  Schlaganfall.

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

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

- Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  
 Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon)  Pollen (Gräser, Bäume),  
 Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

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

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  ja  nein

- Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem,  Schlafapnoe (starkes Schnarchen),  Stimmband-Zwerchfelllähmung.

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

**Zahnschäden/Zahnersatz?**  ja  nein

- Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  
 Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  
 herausnehmbarer Zahnersatz.

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

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

- Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

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

**Neigung zu Wundheilungsstörungen, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung (Keloide)?**  ja  nein

**Blutgerinnsel (Thrombose)/Gefäßverschluss (Embolie)?**  ja  nein

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

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

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

### 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 die Behandlung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Behandlung von**

- Behandlung von  Polypen  Zysten  Reinke-Ödem
- stimmverbessernde Eingriffe (Augmentation)
- Injektion von Medikamenten
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:**

- Die Patientin/Der Patient besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Behandlung zu treffen und ihre/seine Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem Betreuer mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.
- Betreuerausweis  Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung \_\_\_\_\_ liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

### Ablehnung der Patientin/des Patienten

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

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

### Erklärung und Einwilligung der Patientin/des Patienten

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

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf des geplanten Eingriffes, dessen Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich 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.

Ich versichere, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenzeit** benötige. **Ich stimme dem vorgeschlagenen Eingriff zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

Kopie:  erhalten  
 verzichtet \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Kopieerhalt/-verzich

