

## Leberbiopsie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine **Leberbiopsie** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend Informationen, einen Fragebogen sowie die Einverständniserklärung. Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen **sofort** nach Erhalt durch. Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst **am Vortag** der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt des Spital Schiers.

### Informationen

- Sie finden Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie diese genau durch.
- Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Arzt des Spital Schiers beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

### Fragebogen

- Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, den Fragebogen **möglichst einen Tag vor der Untersuchung** zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

### Einverständniserklärung

- Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am **Vortag der Untersuchung**.
- Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt

## Information

### Weshalb erfolgt die Leberbiopsie?

- Bei Ihnen wird aufgrund bisheriger Untersuchungen eine Lebererkrankung vermutet. Mit der mikroskopischen Untersuchung des Lebergewebes und dem Vergleich der Resultate mit Untersuchungen aus dem Blut kann diese genauer erfasst und Klarheit für eine mögliche Behandlung geschaffen werden.

### Welche Vorbereitungen sind für eine Leberbiopsie nötig?

- Während 6 Stunden vor der Leberbiopsie dürfen Sie nichts essen und trinken.
- Falls Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc. einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen.

### Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?

- Für die Untersuchung werden Ihnen in der Regel Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente verabreicht. Die Fahrtüchtigkeit ist nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben. Kommen Sie nicht mit dem eigenen Fahrzeug. Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten.

### Wie läuft die Leberbiopsie ab?

- Vor der Untersuchung wird am Arm eine Infusion gelegt. Mit Hilfe des Ultraschalls wird die geeignete Stelle für die Leberbiopsie festgelegt. Nach örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) der Haut und Muskulatur wird auf der rechten Körperseite zwischen den unteren Rippen eine Nadel eingeführt und aus der darunterliegenden Leber Gewebe entnommen. Dieser Vorgang dauert nur wenige Sekunden. Nach der Punktion werden Sie während mindestens 4 Stunden überwacht. Gelegentlich können leichte Schmerzen auftreten. Bei Bedarf erhalten Sie ein Schmerzmittel.

### Welche Risiken sind mit der Leberbiopsie verbunden?

- Die Untersuchung selbst ist risikoarm. Es kann jedoch trotz grösster Sorgfalt in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen im Verlauf auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind: Reizung des Bauchfelles mit Schmerzen, Blutungskomplikation (<1%), Verletzungen der Lunge, der Gallenblase oder des Brustfelles (0.1%). Diese Komplikationen können einen Spitalaufenthalt und sehr selten einen operativen Eingriff notwendig machen (0,2‰). Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen.

### Wie verhalte ich mich nach der Leberbiopsie?

- Während 24 Stunden nach der Biopsie sollten Sie körperliche Belastungen vermeiden und nach Möglichkeit nicht alleine zu Hause sein. Bei zunehmenden Schmerzen, Kreislaufproblemen (z.B. Schwindel), Atemnot oder Verschlechterung des Allgemeinbefindens informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen Sie auf eine Notfallstation.

## Einverständniserklärung zur Leberbiopsie

Patient/in: Name, Vorname, Geb.-Datum

---

Ich, die/der Unterzeichnende habe von den Informationen Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Leberbiopsie aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Leberbiopsie habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Leberbiopsie einverstanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

✉ **Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

### Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können

Name gesetzlicher Vertreter  
oder Bevollmächtigter \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift ges. Vertreter: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen und die unterschriebene Einverständniserklärung zur Untersuchung mit.**

**Danke**

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.

# Fragebogen für alle gastroenterologischen Untersuchungen

Patient/in: Name, Vorname, Geb.-Datum

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung	ja	nein
Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund?		
Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)?		
Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleineren Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren)?		
Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt?		
Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder <b>Blutprodukte erhalten</b> ?		
Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tante) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?		
Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen	ja	nein
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente</b> zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcabyll, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ect. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine <b>Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe (grün/rot)?		
Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat</b> ?		
Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?		
Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?		
Haben Sie <b>lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit</b> ?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_