

**Praxis Dr. med. Elias Salim
Facharzt für Neurochirurgie**

**Tonndorfer Hauptstrasse 69
TONDO EKZ im 3. Stock
22045 Hamburg**

**Tel. : 040/ 300 31 202
Fax: 040/ 300 31 203**

**Aufklärung und Einwilligung zur Anlage eines Periduralkatheters nach
Salim (PDK)**

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Der Patient/ die Patientin / der gesetzliche oder gerichtliche Vertreter der/ des Pat.
wurde über die Erkrankung und ihre Folgen ohne ärztlichen Eingriff, über die
Notwendigkeit, Bedeutung und Tragweite der vorgesehenen Maßnahmen und über
medizinisch vertretbare alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Erkrankung: _____

Bezeichnung des Eingriffs:

**Anlage eines Periduralkatheters unter CT-Steuerung sowie fraktionierte Gabe von
Kortison, analgetischen, osmotisch und enzymatisch wirksamen Substanzen zweimal
täglich über fünf Tage.**

Wesentliche Gefahren und Nebenwirkungen des Eingriffs:

Dazu gehören Blutung, Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörung, Thrombose,
Nervenverletzung, Fortbestehen der Beschwerden, Verletzung tiefliegender Gefäße,
Ausbildung einer Liquorfistel (Austreten von Hirnwasser), Discitis, Lagerungsschäden,
extrem selten Querschnittslähmung, Infektion des zentralen Nervensystems (Meningitis,
Enzephalitis), Unverträglichkeitsreaktionen wie z.B. Allergien, Kreislaufreaktionen, lokale
Reizungen.

Nach dieser Aufklärung gebe ich meine Einwilligung zum vorgesehenen Eingriff. Ich
habe alles verstanden und hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, welche mir
beantwortet wurden. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu überdenken, ggf. zu
ändern.

Hamburg, den _____

Unterschrift des /der Pat.

Unterschrift des Arztes

Ich / wir erklären die Einwilligung als gesetzliche Vertreter des/der Patienten/Patientin.

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters