

## **Publikation zur Anästhesie bei seltenen Erkrankungen**

- Sammeln Sie alle verfügbare Information zu der Erkrankung
- Planen Sie das anästhesiologische Vorgehen zusammen
- Verfassen Sie den Fallbericht/die Handlungsempfehlung zusammen

### Checklist:

- Keine relevanten Vorpublikationen zu diesem Fokus?
- Zustimmung PatientIn/gesetzliche/r VertreterIn liegt vor?
- Anamnese und Vorbereitung sind angemessen ausführlich (EKG, Herzecho, Labor, HNO-Konsil, alte Arztbriefe etc.)?
- Intra-operativ: Relevante Diagnostik gemacht (BGA, Labor, etc.)?
- Informationen für weiterbetreuende Stationen/Ärzte vorbereitet?
- Dokumentation vollständig?

**Für Patienten/gesetzliche Vertreter**

## Einverständniserklärung für Fallbericht (Case Report)

Liebe/r PatientIn/gesetzliche/r VertreterIn,

Wir führen bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Narkose durch. In diesem Zusammenhang spielt die diagnostizierte „seltene Erkrankung“ eine besondere Rolle.

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis zur Erstellung eines Fallberichtes zu unserem Vorgehen bei der Anästhesie für den geplanten Eingriff. Unsere Erfahrungen, die erhobenen Daten und das ggf. angefertigte Bildmaterial (z.B. Röntgenbild, Darstellung Atemweg) sollen anderen Anästhesisten zugänglich gemacht werden. Insbesondere bei seltenen Erkrankungen können derartige Fallberichte sehr hilfreich in der Vorbereitung einer Narkose sein. Auch wir greifen in unserer täglichen Arbeit auf klinische Beschreibungen aus der ganzen Welt zurück.

Mit Ihrer Einwilligung geben Sie uns die Möglichkeit, zur Weiterentwicklung des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes und der Patientensicherheit unmittelbar beizutragen.

Selbstverständlich erfolgt jede Veröffentlichung ohne Nennung Ihres Namens bzw. des Namens Ihres Kindes. Bilder werden entfremdet, eine Wiedererkennung ist nicht möglich. Hiervon können Sie sich gerne im Rahmen der Publikation selbst überzeugen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig und Ihnen oder Ihrem Kind entstehen bei Verweigerung keinerlei Nachteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sollten Sie hierzu noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Ihr/e AnsprechpartnerIn:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Für den Studienarzt**

## Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zu Einsicht und Veröffentlichung der gesamten im Rahmen der anästhesiologischen Versorgung für mich/mein Kind

---

Patientendaten (Name, geb., ggf. Aufkleber mit Barcode, etc.)

erhobenen Daten und des in diesem Rahmen angefertigten Bildmaterials für wissenschaftliche Zwecke, und zur Einholung von Informationen bei allen in der Behandlung Beteiligten (Klinik, Hausarzt, Kinderarzt, externes Krankenhaus etc.). Dies umfasst die Präsentation auf Fachtagungen und Kongressen, sowie die Publikation in wissenschaftlichen Fachzeitschriften inkl. Lehrbüchern, digitalen Medien und online zugänglichen Datenbanken.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und mir oder meinem Kind bei Verweigerung derselben keinerlei Nachteile entstehen. Auch wurde ich darüber informiert, dass ich bzw. mein Kind die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bereits erfolgte Veröffentlichungen auch im Falle des Widerrufs nicht rückgängig gemacht werden können.

Es entstehen für mich kein Kosten, eine Aufwandsentschädigung ist nicht möglich. Ich bin durch \_\_\_\_\_ (Name) ausführlich und verständlich über den Fallbericht aufgeklärt worden. Ich habe den Text der Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

.....  
(Name PatientIn/gesetzliche/r VertreterIn in Druckbuchstaben)

.....  
Datum

.....  
Unterschrift PatientIn/gesetzliche/r VertreterIn