

## **Einwilligungserklärung für eine inhalative Bronchoprovokation mit Metacholin**

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Zweck und Beschreibung der Untersuchung**

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über den Zweck und den Ablauf der inhalativen Bronchoprovokation mit Metacholin aufgeklärt wurde. Mir wurde erläutert, dass diese Untersuchung dazu dient, die Empfindlichkeit meiner Atemwege gegenüber Metacholin zu testen und mögliche Anzeichen einer Atemwegshyperreagibilität oder Asthma bronchiale zu erkennen.

### **Ablauf der Untersuchung**

Mir wurde erläutert, dass bei der inhalativen Bronchoprovokation mit Metacholin zunächst ein Lungenfunktionstest durchgeführt wird. Anschließend inhaliere ich in steigenden Konzentrationen eine Metacholin-Lösung unter der Überwachung des medizinischen Personals. Nach jeder Inhalation wird erneut ein Lungenfunktionstest durchgeführt, um Veränderungen in der Lungenfunktion festzustellen.

### **Risiken und Nebenwirkungen**

Ich bin darüber informiert worden, dass während der Untersuchung mögliche Nebenwirkungen wie Hustenreiz, Kurzatmigkeit, Brustenge oder Engegefühl in der Brust auftreten können. Diese Nebenwirkungen sind in der Regel mild bis moderat und klingen nach Beendigung der Untersuchung ab. Im Falle einer stärkeren Reaktion auf das Metacholin, besteht die Möglichkeit, dass mir ein Bronchodilatator verabreicht wird, um die Symptome schnell zu lindern. In seltenen Fällen können schwerwiegende Nebenwirkungen wie ein akuter Asthmaanfall auftreten, wofür das medizinische Personal entsprechend vorbereitet ist.

### **Datenschutz**

Ich wurde darüber informiert, dass alle erhobenen Daten und Ergebnisse vertraulich behandelt und gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen gespeichert werden. Nur das medizinische Personal, das direkt an meiner Behandlung beteiligt ist, hat Zugang zu meinen Daten.

### **Freiwilligkeit und Widerruf**

Mir wurde versichert, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne negative Folgen für meine weitere medizinische Versorgung widerrufen kann.

### **Bestätigung der Aufklärung**

Ich bestätige, dass ich die Gelegenheit hatte, alle meine Fragen zur inhalativen Bronchoprovokation mit Metacholin zu stellen und ausreichend Zeit hatte, um über meine Teilnahme an der Untersuchung nachzudenken. Ich fühle mich ausreichend informiert und willige freiwillig in die Durchführung der inhalativen Bronchoprovokation mit Metacholin ein.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

Ort, Datum Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin