

Einverständniserklärung Gastroskopie oder/und Koloskopie

Bitte füllen Sie das Formular aus und bringen Sie dann den unterschriebenen Ausdruck zu Ihrer Untersuchung mit in unsere Praxis.

Telefon/ Handy-Nr:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Behandelnde/r Arzt / Ärztin:

Ja	Nein	Besteht eine Schwangerschaft?
Ja	Nein	Sind Sie Raucher/in?
Ja	Nein	Leiden Sie an einer Atemwegserkrankung z.B. Asthma?
Ja	Nein	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
Ja	Nein	Haben Sie eine künstliche Herzklappe?
Ja	Nein	Ist bei Ihnen eine andere Herzerkrankung bekannt? (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)
Ja	Nein	Leiden Sie unter Bluthochdruck?
Ja	Nein	Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung / Gerinnungsstörung bekannt?
Ja	Nein	Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? (z.B. Marcumar, Xarelto ASS, Plavix o.ä.) – bitte unten eintragen
Ja	Nein	Sind Sie zuckerkrank / Diabetiker?
Ja	Nein	Sind Allergien bekannt?
Ja	Nein	Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck (grüner Star)?
Ja	Nein	Ist ein Anfallsleiden / Epilepsie bekannt?
Ja	Nein	Ist eine Infektionserkrankung bekannt?
Ja	Nein	Haben Sie ein künstliches Knie- / Hüftgelenk?
Ja	Nein	Wurden Sie schon einmal im Bauchraum operiert?
Ja	Nein	Ist in der Familie Magenkrebs bekannt?
Ja	Nein	Ist in der Familie Darmkrebs bekannt?

► weiter auf Seite 2

Einverständniserklärung Gastroskopie oder/und Koloskopie

Erfolgte in der Vergangenheit bei Ihnen schon einmal eine
Darmspiegelung?

Ja

Nein

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Name

Dosis

Ja **Nein** Den Aufklärungsbogen habe ich sorgfältig gelesen und den Fragebogen nach bestem Wissen beantwortet. Alle Fragen wurden im Aufklärungsbogen / -Gespräch vollständig und verständlich beantwortet. Über Komplikationen bin ich ausreichend informiert.

Ja **Nein** Ich wurde darüber informiert, dass ich nach einer Beruhigungsspritze (Sedierung) am Untersuchungstag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf und keine wichtigen Entscheidungen treffen sollte. Bei gewünschter Sedierung sollte ich eine Begleitung mitbringen, die mich anschließend nach Hause begleitet.

Ja **Nein** Im Interesse anderer Patienten, die auf einen Untersuchungstermin warten, verpflichte ich mich, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls ich den für mich vorgesehenen Untersuchungstermin nicht wahrnehmen kann oder möchte, da nur dann die erforderliche Vorbereitung auch noch zeitgerecht bei einem anderen Patienten veranlasst werden kann. Ohne rechtzeitige oder begründete Terminabsage gestatten wir uns, eine Ausfallgebühr zu erheben.

Ja **Nein** Ich bin mit der Magenspiegelung und evtl. Entnahme von Gewebeproben einverstanden.

Ja **Nein** Ich bin mit der Dickdarmspiegelung und evtl. Entnahme von Gewebeproben einverstanden.

Ja **Nein** Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dickdarmspiegelung Polypen entfernt werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Unterschrift mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff erfolgen sollte.

Datum:

(Unterschrift Patient/in)

(Unterschrift Ärztin/Arzt)