

Patient: \_\_\_\_\_ Indikation: \_\_\_\_\_

## **Aufklärung und Einverständniserklärung Magenspiegelung (Gastroskopie)**

Die **Gastroskopie** (oder Ösophagogastroduodenoskopie/ÖGD) ist die Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm. Bei der Untersuchung können krankhafte Veränderungen wie Entzündungen, Geschwüre, Blutungsquellen oder Polypen in diesem Bereich erkannt und evtl. behandelt werden. Häufig findet sich eine Ursache für Beschwerden wie Schluckstörung, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen oder Blutarmut. Vor der Untersuchung wird der Arzt mit Ihnen ein Gespräch führen und Ihre Fragen beantworten.

**Vorbereitung:** Eine spezielle Vorbereitung ist nicht notwendig, Sie müssen allerdings nüchtern sein, das heißt, Sie sollten am Abend vorher nur noch eine leichte Mahlzeit einnehmen und dürfen ab 22:00 Uhr nichts mehr essen. Klare Flüssigkeiten dürfen Sie bis 4 Stunden vor der Untersuchung trinken. Medikamente sollten Sie vor der Untersuchung nicht oder nur nach Rücksprache mit ihrem Arzt einnehmen. Für die Planung ist es wichtig, dass Sie uns mitteilen, ob Sie blutgerinnungshemmende Medikamente einnehmen oder eine besondere Blutungsneigung haben.

**Untersuchung:** Kommen Sie bitte zu dem vereinbarten Termin in die Praxis. Vor der Untersuchung werden in einem Gespräch alle Fragen zur Untersuchung und zur Betäubung geklärt. Nach dem Vorgespräch mit dem Arzt werden Sie in den Untersuchungsraum begleitet. Wenn Sie eine Beruhigungsspritze wünschen, bekommen Sie vor der Untersuchung eine Verweilkanüle für die Schlafspritze. Andernfalls wird mit einem Spray der Rachen betäubt. Die Spiegelung dauert ca. 10 Minuten. Es können dabei -sofern nötig- Gewebeproben entnommen oder Polypen abgetragen werden. Wie lange sie in der Praxis bleiben, hängt vom Befund und der Menge der notwendigen Beruhigungsmittel ab. Wenn Sie eine Schlafspritze bekommen, lassen Sie sich bitte nach der Untersuchung von einer Begleitperson abholen!

**Juristische Aufklärung und Ihr Einverständnis:** Die Gastroskopie ist Routineeingriff mit niedrigem Risiko. Ernste Komplikationen können entweder Folge des Eingriffs oder der Beruhigungsmittel sein. Es kann zu Verletzungen der Wand des Verdauungstraktes, des Kehlkopfes, der Luftröhre, zu Blutungen nach Gewebeentnahme, Infektionen und Gebisschäden kommen. Probleme durch das Beruhigungsmittel sind Störungen der Atemfunktion oder Kreislauf bis hin zum Atem- oder Kreislaufstillstand. Überempfindlichkeitsreaktionen auf die eingesetzten Medikamente können Juckreiz, Hautausschlag, Brechreiz oder Luftnot sein. Auch kann es aufgrund der Venenverweilkanüle zu Komplikationen wie lokalen Schmerzen, Thrombosen, Infektionen kommen. Durch die Beruhigungsspritze kann ihr Reaktionsvermögen für bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. In dieser Zeit dürfen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen und rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Die Arbeitsfähigkeit ist in der Regel am nächsten Tag wieder gegeben (Ausnahme: z.B. Berufskraftfahrer, Piloten etc.).

Bitte helfen Sie uns mit der Beantwortung der folgenden Fragen und geben Sie mit der Unterzeichnung dieses Aufklärungsbogens ihr Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung!

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Haben Sie eine Medikamentenallergie?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Besteht eine Soja- oder Hühnereiweißallergie?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Hatten Sie bereits einmal einen Zwischenfall im Zusammenhang mit Betäubung oder Narkose? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Bestehen Verengungen oder Erkrankungen im Mund-/Kiefer-/Rachenbereich?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 5. Haben Sie künstliche Zähne oder Zahnersatz?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 6. Tragen sie einen Herzschrittmacher?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 7. Haben sie ein künstliches Knie oder Hüftgelenk?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 8. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit? Z.B. Virushepatitis, HIV                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 9. Nur für Frauen: Sind Sie schwanger? Stillen Sie?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 10. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

11. Wie werden Sie nach der Untersuchung nach Hause kommen?

- werde abgeholt       Taxi       Bus       Bahn       zu Fuß

12. Telefonnummer meines Abholers oder eines nahen Angehörigen: \_\_\_\_\_

*Wenn Sie noch Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.*

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein. Ich hatte Gelegenheit, alle Fragen noch vor der Untersuchung zu klären. Ich bin einverstanden mit der Befundübermittlung an den Pathologen im Falle von Gewebsuntersuchungen.

Datum \_\_\_\_\_ Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Arztunterschrift \_\_\_\_\_

**Inhalte des Aufklärungsgesprächs** (wird erst im Arztgespräch ausgefüllt)

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1. Mögliche Risiken einschl. Probenentnahmen wie oben angegeben | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Patient wünscht eine Sedierung                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Wirkung und Nebenwirkung der Sedierung wie oben angegeben    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Es bestehen individuelle Risiken                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 5. Anmerkungen: _____   |                          |                            |

Sollten Sie nach Verlassen der Praxis am Untersuchungstag oder zu einem späteren Zeitpunkt zunehmende relevante Beschwerden haben, die evtl. im Zusammenhang mit der Endoskopie zu interpretieren sind (z.B. Schmerzen, Blutung, Fieber, Herz Kreislaufprobleme), nehmen Sie bitte Kontakt mit der Praxis auf (0451/88191817)! In der Nacht und am Wochenende (Praxis geschlossen) wenden Sie sich bitte an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel. 116117) oder an die Notaufnahme der umliegenden Krankenhäuser! In lebensbedrohlichen Situationen rufen Sie bitte den Rettungsdienst (Tel. 112)

Mit Unterschrift bestätige ich den Erhalt des Original Aufklärungsbogens

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_