

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 5-10 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!

Risikoaufklärung: Die Gastroskopie ist Routineeingriff mit niedrigem Risiko. Dennoch kann es zu Komplikationen kommen. Mögliche Risiken einer Gastroskopie bzw. der Schlafspritze sind:

- **Blutungen** durch Wandverletzungen oder Gewebeentnahmen
- **Verletzungen** durch das Endoskop oder durch Zusatzinstrumente. Insbesondere kann es zu Zahnschäden, Schäden im Rachen, am Kehlkopf oder der Luftröhre kommen. In schweren Fällen ist ein Durchbruch (Perforation) möglich. Eine größere Perforation kann unter Umständen lebensbedrohlich sein und macht eine unverzügliche Operation notwendig. Folge der Perforation kann auch eine Entzündung durch Austritt von Magensaft oder Bakterien in die Brust- oder Bauchhöhle sein, die mit Antibiotika behandelt werden muss.
- **Infektionen** durch Verschleppung von Keimen in die Blutbahn, was in extremen Fällen zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung oder Entzündung der Herzinnenwand (Endokarditis) führen kann.
- **Lokale Schmerzen, Thrombosen oder Infektionen** durch die Venenverweilkanüle.
- **Überempfindlichkeitsreaktionen** wie Juckreiz, Hautausschlag, Brechreiz oder Luftnot nach Gabe von Medikamenten.
- **Störungen der Atmung und des Kreislaufs** durch die Schlafspritze oder durch die Untersuchung selbst bis hin zum Atem- oder Kreislaufstillstand, wodurch u.U. eine intensivmedizinische Überwachung im Krankenhaus notwendig werden kann. Extrem selten kann es zu bleibenden Schäden wie z.B. einer Hirnschädigung durch Mangel durchblutung kommen.
- **Weichteilschäden** durch Nerven- und Venenverletzungen beim Einspritzen von Medikamenten oder durch untersuchungsbedingte Lagerung.

Durch die Schlafspritze 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? ja nein

10. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja 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 ja nein

2. Patient wünscht eine Sedierung ja nein

3. Wirkung und Nebenwirkung der Sedierung wie oben angegeben ja nein

4. Es bestehen individuelle Risiken ja 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 Untersuchung 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

Datum/Handzeichen MFA:

Patientenunterschrift _____
