



## Dokumentierte Patientenaufklärung

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

### Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (Spiegelung des oberen Verdauungstraktes)

Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_; Ort \_\_\_\_\_; Straße \_\_\_\_\_  
.....  
....

#### Liebe Patientin, lieber Patient,

aufgrund Ihrer Beschwerden ist zum Ausschluß einer krankhaften Veränderung die Spiegelung des oberen Gastrointestinaltraktes, d. h. der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms erforderlich.

Um mögliche Risiken und Folgen dieser Untersuchung kennenzulernen, lesen Sie bitte den nachfolgenden Aufklärungsbogen sorgfältig.

#### Ablauf in der Praxis/Aufnahme

Bitte kommen sie etwa 10 Minuten vor dem Untersuchungstermin in unsere Praxis. Sie müssen sich nicht am Empfang anmelden. Sie können an eventuell wartenden Patienten rechts an der Anmeldung vorbei zum „Wartezimmer 2“ gehen, wo wir sie aufrufen werden.

Begleitpersonen möchten wir bitten, vor der Praxis zu warten.

#### Wie wird die Spiegelung durchgeführt?

Die Spiegelung wird mit einem biegsamen optischen Instrument (Endoskop) durchgeführt, das durch die Mundhöhle in die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm vorgeschnoben wird.

Unsere Endoskope und das endoskopische Zubehör werden streng nach den Vorschriften der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts desinfiziert und sterilisiert. Es werden regelmäßige Kontrollen dieser Hygieneverfahren von einem unabhängigen und dafür zugelassenen Hygieneinstitut vorgenommen.

Die Untersuchung ist in der Regel schmerzfrei und dauert nur wenige Minuten und kann daher mit einer örtlichen Betäubung (Xylocainspray) durchgeführt werden. Nach dem Abklingen der Rachenbetäubung (ca. 30 Min) dürfen Sie wieder normal essen und trinken.

Bei starkem Würgereiz wird eine kurz wirkende „tiefen Sedierung“ empfohlen (Kurznarkose mit Propofol), so dass Sie von der Untersuchung nichts mitbekommen und schlafen. Hier entfällt die Notwendigkeit zur Rachenbetäubung. Sie können unmittelbar nach der Untersuchung essen und trinken. Eine weitere Alternative ist eine Sedierung mit Midazolam.

Welche der Sedierungsmethoden für Sie in Frage kommt wird der Arzt mit Ihnen in einem Vorgespräch klären. Um krankhafte Veränderungen besser beurteilen zu können, wird während der Untersuchung Luft eingeblasen. Falls erforderlich, werden Gewebsproben mit einer Zange entnommen. Diese Gewebsentnahmen sind schmerzfrei.

### **Welche Vorbereitungen sind nötig?**

Um den oberen Verdauungstrakt genau beurteilen zu können, muß dieser frei von Speisen sein. Am Tag vor der Untersuchung dürfen Sie bis 20 Uhr essen. Am Untersuchungstag können Sie bis 3 Std. vor der Untersuchung trinken (nur klare Flüssigkeiten), aber nichts essen. Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, sind diese am Tag der Untersuchung mit einer geringen Menge Flüssigkeit einzunehmen.

### **Welche Komplikationen sind möglich?**

Die Spiegelung des oberen Verdauungstraktes ist eine risikoarme Untersuchung.

-In seltenen Fällen können Verletzungen der Wand des Verdauungstraktes, des Kehlkopfes oder der Luftröhre auftreten. Sollte es hierbei zu einem Durchbruch (Perforation) kommen, kann eine Operation erforderlich sein.

-Äußerst selten kann es zu stärkeren Blutungen nach Entnahme von Gewebsproben kommen. Diese können eine nachfolgende Operation erforderlich machen.

-Selten kommt es zur Beeinträchtigung der Atmungsfunktion bis hin zum Atemstillstand, insbesondere nach Gabe von Beruhigungs- und/oder Schmerzmitteln.

-Vor, während und nach der Untersuchung erfolgt eine kontinuierliche Überwachung mit einem Gerät, das Ihre Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und den Blutdruck misst.

-Äußerst selten kann es zu Überempfindlichkeitsreaktion auf eingespritzte Medikamente kommen.

-Sehr selten kann es zu Herz-Kreislaufstörungen und anderen Komplikationen, wie z. B. Keimverschleppung in die Blutbahn bis hin zur Blutvergiftung, Verletzung durch Lagerung vor, während und nach der Untersuchung oder Verletzung des Gebisses bzw. der Zähnen kommen.

- Selten kann es zu einer versehentlichen Gabe des Sedierungsmittels Propofol® neben die Vene (paravasal) mit eventueller schmerzhafter Reizung bzw. lokaler Entzündungsreaktion kommen.

### **Worauf sollte nach der Spiegelung geachtet werden?**

-Nach der Gabe des Rachenbetäubungssprays dürfen Sie 30 Min. nach der Untersuchung nichts Essen und nichts Trinken. Andernfalls kann es dazu kommen, daß Sie sich verschlucken.

-Treten nach der Untersuchung Schmerzen und oder andere Befindlichkeitsstörungen auf, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt, bzw. suchen Sie das nächst gelegene Krankenhaus auf.

-Aufgrund der Beruhigungsspritze (Sedierung) dürfen Sie erst nach 12 Stunden (Sedierung mit Propofol), bzw.

24 Stunden (Sedierung mit einem Benzodiazepin wie z. B. Midazolam) wieder Autofahren, bzw. aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Für diesen Zeitraum sind Sie auch in der Regel arbeitsunfähig.

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird Ihnen für diesen Zeitraum ausgestellt.

Bringen Sie zu dieser Untersuchung eine Begleitperson mit, die Sie abholen und sicher nach Hause bringen kann.

- 3 -

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Patientenaufklärung Magenspiegelung

#### Wichtige Informationen für Ihren behandelnden Arzt?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| 1. Besteht bei Ihnen <b>Bluterkrankungen</b> oder eine erhöhte <b>Blutungsneigung</b><br>(z. B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken).   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Nehmen Sie <b>Medikamente</b> zur Blutverdünnung (z. B. 1. Marcumar, 2. ASS)?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Besteht eine <b>Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion</b> (z. B. Asthma, Heuschnupfen<br>oder gegen Medikamente, Pflaster oder sonstige Substanzen)  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Besteht eine <b>Herz-Kreis- oder Lungenerkrankung</b> (z. B. Herzklappenerkrankungen,<br>künstliche Herzklappe(n), Herzschrittmacher, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt, Blut-<br>hochdruck oder Bronchialasthma)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Besteht bei Ihnen eine akute/chronische <b>Infektionskrankheit</b> (z. B. Hepatitis, HIV) oder<br>ein anderes <b>chronisches Leiden</b> (z. B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Sind bei Ihnen <b>Stoffwechselerkrankungen</b> bekannt (z. B. Zuckerkrankheit)?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Operation im Bereich der Bauchhöhle durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnkrankheit</b> (z. B. Karies oder Parodontose), oder<br>tragen Sie <b>Zahnersatz</b> (z. B. Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare<br>Prothesen)?               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Frauen im gebärfähigem Alter!<br>Können Sie schwanger sein?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

#### Fragen zum Aufklärungsgespräch?

Sie sollten alle Ihnen wichtig erscheinenden Fragen an Ihren behandelnden Arzt richten, z. B.:

Wie notwendig und dringend ist diese Untersuchung?

Gibt es andere Untersuchungsmethoden?

Bestehen für mich besondere Risiken, die in diesem Aufklärungsbogen nicht vermerkt sind?

#### Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung/Behandlung wurde ein persönliches Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. med. ..... geführt. Dabei konnten mir alle wichtigen Fragen über Art und Bedeutung dieser Untersuchung beantwortet werden.

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsbogens verstanden und versichere, die gestellten Fragen sorgfältig beantwortet zu haben.

Bei der Untersuchung entnommene Gewebeproben, werden zur feingeweblichen Untersuchung an pathologische Institute geschickt. Diese Institute unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und erfüllen das jeweils geltende Datenschutzrecht.

Ich fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit der geplanten Untersuchung einschließlich notwendiger Gewebsentnahmen und Polypabtragungen ein. Sollten während der Untersuchung Neben- oder Folgeeingriffe erforderlich sein, bin ich damit einverstanden. **Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.**

Datum

.....

Unterschrift der Patientin/des Patienten/  
des Vormundes bzw. Sorgeberechtigten

.....

Unterschrift des Arztes



Internistische Praxisgemeinschaft Hanau

---

03.01.2020 Dr. von Tenspolde/Dr. Diehl

gespeichert : Stammdaten- Karteikarte- Textvorlagen

- 4 -

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Patientenaufklärung Magenspiegelung

#### **Wichtige Informationen für Ihren behandelnden Arzt?**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Bestehen bei Ihnen <b>Bluterkrankungen</b> oder eine erhöhte <b>Blutungsneigung</b><br>(z. B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken).  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Nehmen Sie <b>Medikamente</b> zur Blutverdünnung (z. B. 1. Marcumar, 2. ASS)?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Besteht eine <b>Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion</b> (z. B. Asthma, Heuschnupfen<br>oder gegen Medikamente, Pflaster oder sonstige Substanzen)  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Besteht eine <b>Herz-Kreis- oder Lungenerkrankung</b> (z. B. Herzklappenerkrankungen,<br>künstliche Herzklappe(n), Herzschrittmacher, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt, Blut-<br>hochdruck oder Bronchialasthma)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Besteht bei Ihnen eine akute/chronische <b>Infektionskrankheit</b> (z. B. Hepatitis, HIV) oder<br>ein anderes <b>chronisches Leiden</b> (z. B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Sind bei Ihnen <b>Stoffwechselerkrankungen</b> bekannt (z. B. Zuckerkrankheit)?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Operation im Bereich der Bauchhöhle durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Haben Sie <b>lockere Zähne, eine Zahnkrankheit</b> (z. B. Karies oder Parodontose), oder<br>tragen Sie <b>Zahnersatz</b> (z. B. Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare<br>Prothesen)?                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Frauen im gebärfähigem Alter!<br>Können Sie schwanger sein?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

#### **Fragen zum Aufklärungsgespräch?**

Sie sollten alle Ihnen wichtig erscheinenden Fragen an Ihren behandelnden Arzt richten, z. B.:

Wie notwendig und dringend ist diese Untersuchung?

Gibt es andere Untersuchungsmethoden?

Bestehen für mich besondere Risiken, die in diesem Aufklärungsbogen nicht vermerkt sind?

#### **Einwilligungserklärung**

Über die geplante Untersuchung/Behandlung wurde ein persönliches Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. med. ..... geführt. Dabei konnten mir alle wichtigen Fragen über Art und Bedeutung dieser Untersuchung beantwortet werden.

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsbogens verstanden und versichere, die gestellten Fragen sorgfältig beantwortet zu haben.

Bei der Untersuchung entnommene Gewebeproben, werden zur feingeweblichen Untersuchung an pathologische Institute geschickt. Diese Institute unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und erfüllen das jeweils geltende Datenschutzrecht.

Ich fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit der geplanten Untersuchung einschließlich notwendiger Gewebsentnahmen und Polypabtragungen ein. Sollten während der Untersuchung Neben- oder Folgeeingriffe erforderlich sein, bin ich damit einverstanden. **Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.**

Datum

.....

Unterschrift der Patientin/des Patienten/  
des Vormundes bzw. Sorgeberechtigten

.....

Unterschrift des Arztes



Internistische Praxisgemeinschaft Hanau

---

03.01.2020 Dr. von Tenspolde/Dr. Diehl

gespeichert : Stammdaten- Karteikarte- Textvorlagen