

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH ENDOSKOPIE



PRAXIS AM THEATER

Patienten/innen

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

.....

durch Dr. Boek. / Dr. BSE / Dr. Schü. / Dr. KKL / Dr. Dü. / Dr. F.D./ Dr. Ng

eingetragen durch Helferin

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

1. Ursache f. die Untersuchung: (TEAM: mit Tilde + Kürzel unter „D“ eingeben)

- Darmkrebsvorsorge ja
 - positiver Stuhlbluttest (+st) ja
 - Magen- Bauchschmerzen (sa) ja
 - Tumornachsorge (tn)... ja
 - Polypennachsorge (pn) ja
 - bekannte Darmerkrankung (de) ja
 - Durchfall ja
 - Blähungen ja
 - Blutung rektal ja
 - Sodbrennen ja
- Weiteres

1. Nehmen Sie	Nehmen Sie
Blutverdünner	Blutdruck- oder Herzmedikamente <input type="checkbox"/> ja
Aspirin – ASS 100 – Godamed 100 <input type="checkbox"/> ja	Insulin? <input type="checkbox"/> ja
Marcumar <input type="checkbox"/> ja	
Clopidogrel (Plavix, Iscover, Brilique) <input type="checkbox"/> ja	
Xarelto oder Eliquis oder Pradaxa oder Lixiana <input type="checkbox"/> ja	

- 3. Haben Sie einen künstlichen Herzklappenersatz? ja
- 4. Haben Sie eine Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen o.a. Herzkrankheiten? ja
- 5. Wissen Sie, dass die „Pille“ durch Abführmaßnahmen unwirksam werden kann? nein
- 6. Können Sie vom Hausarzt ein Blutbild und eine Gerinnung mitbringen? nein
- 7. Sollen wir ggf. eine Hämorrhoiden-Behandlung durchführen? ja nein
- 8. Haben Sie Allergien gegen:
 - Latex ja
 - Soja oder Erdnüsse ja
- Örtliche Betäubungsmittel, Pflaster oder Sonstiges ja
- 9. Wurde bei Ihnen eine Gelenk-Endoprothese oder künstliches Implantat eingesetzt ja

Wenn ja, WO?

- 10. Liegt bei Ihnen eine Schlafstörung (Schlafapnoe) vor? ja
- 11. Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja

Falls Sie diese Frage mit ja beantworten, lesen Sie sich bitte folgenden Absatz deutlich durch:

Falls bei der Darmspiegelung Polypen entfernt werden müssen, geschieht dieses durch ein Schneiden und gleichzeitiges Verschweißen mit einem speziellen elektrischen Strom. Wir achten darauf, dass die elektrische Leitfähigkeit nicht durch die Region des Herzschrittmachers geht, dennoch kann durch diesen Impuls in seltenen Fällen die Funktion Ihres Herzschrittmachers/ Ihres ICD-Gerätes gestört werden. Wir treffen in einem solchen Fall ganz besondere Sicherheitsvorkehrungen, bitte erinnern Sie uns in jedem Fall vor der Untersuchung noch einmal daran, dass Sie einen Herzschrittmacher haben. Dieses kann durchaus (trotz unserer umfassenden Dokumentation) im Eifer des Gefechtes einmal nicht bedacht werden – wir sind alle nur Menschen. An oberster Stelle steht Ihre Sicherheit. Wenn auch in unserem Hause noch nie ein Schrittmacherschaden durch eine Polypenoperation produziert wurde, ist es dennoch notwendig, dass möglichst noch am Untersuchungstag der Schrittmacher kontrolliert wird. Wir möchten sie darum herzlich bitten, bereits bei Erhalt des Endoskopietermins einen Anschlusstermin bei Ihrem Kardiologen zu vereinbaren, um eine Überprüfung der Schrittmacherfunktion bzw. der Funktion des ICD vornehmen zu lassen. Sollten während der Spiegelung keine Polypen entfernt werden müssen, sind wir gerne bereit, noch während Ihrer Überwachungsphase in unserer Praxis den Folgetermin bei Ihrem Kardiologen für Sie zu stornieren, bitte erinnern Sie uns daran.

Ich habe diese Information verstanden und bin einverstanden.

.....
Patienten/innen Vorname

.....
Patienten/innen Nachname

.....
Unterschrift

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH ENDOSKOPIE



PRAXIS AM THEATER

Haben sich bei einer vorangegangenen

Spiegelung des Magens oder des Darmes Probleme ergeben? ja

wenn ja, welche:

12. Wissen Sie, dass bereits ab dem 35. Lebensjahr bei Männern die jährlichen PSA-Bestimmung sinnvoll sein kann? nein

13. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? ja

Name des aufklärenden Arztes:

Erörtert wurden: Notwendigkeit/ Dringlichkeit des Eingriffs, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Eingriffserweiterungen oder Änderungen, Risiken und mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff sowie (bitte v.a. individuelle Besonderheiten und ggf. spezielle Vermerke zum Info-Teil, z. B. Ablehnung einzelner Maßnahmen, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter dokumentieren):

	Darstellung	

Wir haben folgende Untersuchung vorgesehen:

- Spiegelung des Dickdarms sowie die Endabschnitte des Dünndarms (Kolo-/ Ileoskopie)
- Magenspiegelung
- Evtl. Polypenabtragung sowie ggf. Entnahme von Gewebeproben

(voraussichtlicher) Termin des Eingriffes:

Ort, Datum, Uhrzeit

Ärztin/Arzt

Einwilligung des Patienten:

Die Aufklärungsbögen sowie die mündlichen Informationen habe ich gelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch konnte ich alle mich interessierenden Bereiche in Frageform ansprechen und fühle mich gut informiert. Sämtliche Fragen sind umfassend beantwortet, ich habe die Situation verstanden. Zusammenfassend fühle ich mich ausreichend informiert und habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Darüber hinaus benötige ich keine weitere Überlegungsfrist. Hiermit willige ich in die von dem Arzt/ Ärztin vorgesehene, o. a. Untersuchung und Behandlung ein. Ich habe die Informationen und Aufklärungen über die Magen-/ Darmspiegelung erhalten und bestätige, den Inhalt verstanden zu haben.

Datum:

Patienten/innen Vorname und Nachname

Unterschrift des Patienten

Ich bin ebenfalls einverstanden mit einer Betäubung der Schmerzen sowie mit unvorhersehbaren, sich evtl. erst während der Untersuchung als notwendig ergebenden Erweiterungen oder Modifikationen (Änderungen) des vorgesehenen Eingriffes. Ebenfalls erkläre ich mich einverstanden mit aus der Situation entstehenden medizinisch erforderlichen Folgeuntersuchungen oder Folgeeingriffen.

Die o. g. Fragebögen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise habe ich verstanden und werde sie befolgen. Die allgemeinen Erklärungen habe ich erhalten und nehme sie zu meinen Händen zur Aufbewahrung mit nach Hause.

.....

Ort, Datum, Uhrzeit

Patienten/innen Vor- und Nachname

Ärztin/Arzt

Ich habe diese Information verstanden und bin einverstanden.

Unterschrift des Patienten

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH ENDOSKOPIE



PRAXIS AM THEATER

Ablehnung:

Die vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungen wünsche ich nicht. Ich wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass aus ärztlicher Sicht diese Untersuchungen notwendig sind und ggf. durch eine andere Methodik unternommen werden können, da sich sonst mein Gesundheitszustand verschlechtern könnte und sich eine notwendige Behandlung verzögern könnte, bzw. erschwert werden würde.

.....
Ort, Datum, Uhrzeit

.....
Patienten/innen Vor- und Nachname

.....
Ärztin/Arzt

Durch den Arzt auszufüllen!

Der Patient ist nach der anästhesiologischen ASA-Klassifikation im

Stadium I gesund

Stadium II leichte Erkrankung ohne Leistungseinschränkung

Stadium III schwere Krankheit mit Leistungseinschränkung

keine Spiegelung in der Praxis

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt

.....
In EDV eingetragen durch (Kürzel)