

Der Patientin/dem Patienten  
ausgehändigt am:

➤ .....

Brennerstraße 1  
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494  
Fax (07347) 919495

## Fragebogen für Patienten (Endoskopie / Proktologie), Seite1 (von 2)

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),  
Bei Ihnen soll entweder eine Magen- oder eine Dickdarmspiegelung, oder eine Enddarmspiegelung / -  
Therapie durchgeführt werden. Bitte beantworten Sie uns zu unserer und Ihrer eigenen Sicherheit  
folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

Sind Sie mit der Übersendung eines Arztbriefes an Ihren **Hausarzt**, und  
ggfs. zusätzlich an Ihren **überweisenden Arzt** einverstanden ? **Ja**  **Nein**

Bei einem Kontroll-bedürftigen Untersuchungsbefund: Sind Sie mit einem  
Erinnerungs-Anschreiben zum erforderlichen Zeitpunkt einverstanden ? **Ja**  **Nein**

Nehmen Sie Blutgerinnungs-**hemmende** Medikamente, wie z.B.  **ASS**,  
 **Clopidrogel**, *Iscover, Plavix, Efient*  **Heparin**, *Gingko biloba Extrakte* ? **Ja**  **Nein**

Nehmen Sie andere, Blutgerinnungs-verdünnende Medikamente, z.B.  
*Marcumar, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, etc.* ? **Ja**  **Nein**

Ist bei Ihnen eine Leberzirrhose bekannt ? **Ja**  **Nein**

Verreisen Sie in den **folgenden 2 Wochen** weiter weg / ins Ausland ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine medikamentöse Therapie wegen erhöhtem Blutdruck ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine Zuckerkrankheit ?  **Insulin-** /  **Metformin-** pflichtig ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine nachgewiesene, ausgeprägte Herzkranzgefäß-Enge ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie einen Herzklappenfehler, oder eine künstliche Herzklappe ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine Nierenfunktions-Schwäche, Niereninsuffizienz ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie eine nachgewiesene Allergie / Überempfindlichkeit (z.B.  
 **Medikamente**,  **Pflaster**,  **Latex**,  **Sojaweiweiß-Bestandteile**,  
 **Erdnuss**,  **Haselnuss**,  **Hühnereiweiß**;  *etc., was*) ? **Ja**  **Nein**

Besteht  ein Restless legs-Syndrom, oder  ein Krampfanfallsleiden/  
Epilepsie?;  eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)? **Ja**  **Nein**

Ist ein  Kunstgelenk (Endoprothese) eingebaut worden  **Knie**  **Hüfte**  
 **re.** /  **li.** ? oder arbeitet Ihr Herz mit einem  Schrittmacher ? **Ja**  **Nein**

Ist ein grüner Star (Glaukom) bekannt ? **Ja**  **Nein**

Bei Männern: vergrößerte Prostata **MIT** Neigung zu Hamverhalt ? ? **Ja**  **Nein**

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. **Hepatitis B, C; AIDS, etc.**) ? **Ja**  **Nein**

Bei Frauen: Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt ? **Ja**  **Nein**

Leiden Sie unter **sehr stark ausgeprägter** Stuhl-Verstopfung ? **Ja**  **Nein**

Bei Frauen im **gebärfähigen** Alter: könnten Sie schwanger sein ? **Ja**  **Nein**

**Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Rückseite.**

Patient(in) : ..... Datum: .....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Der Patientin/dem Patienten  
ausgehändigt am:

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**  
Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie,  
Proktologie – Dr. G. Herold und Kollegen

➤ .....

Brennerstraße 1  
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494  
Fax (07347) 919495

## Fragebogen für Patienten (Endoskopie / Proktologie), Seite 2 (von 2)

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),  
Bitte beantworten Sie uns, ergänzend zur Vorderseite, zu unserer und vor allem zu **Ihrer eigenen Sicherheit** folgende wichtige Fragen (alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig):

Wird bei Ihnen **augenblicklich** eine Chemotherapie durchgeführt ? **Ja**  **Nein**

Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung (z.B. Bluter-Krankheit) bekannt ? **Ja**  **Nein**

Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen) ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !** **Ja**  **Nein**

Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne Erinnerung an ein Trauma am Körper oder an einer anderen ungewöhnlichen Stelle gehabt ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !** **Ja**  **Nein**

Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen verlängert bluten (z.B. beim Rasieren)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !** **Ja**  **Nein**

Für Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (<7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !** **Ja**  **Nein**

Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahntfernung gehabt ? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !** **Ja**  **Nein**

Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? ... **ohne die Einnahme von Blutgerinnungs-hemmenden Mitteln !!** **Ja**  **Nein**

Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte während einer Operation erhalten ? **Ja**  **Nein**

Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung **Ja**  **Nein**

([www.sqgssq.ch](http://www.sqgssq.ch), adaptiert nach Koscielny et al, 2004)

---

**Bitte beachten Sie auch die Informationen auf der Vorderseite.**

Falls Sie überprüfen möchten, ob bei Ihnen evtl. ein erhöhtes Darmkrebsrisiko im Rahmen einer familiären Belastung vorliegt, können Sie das anhand einiger weniger Fragen konkretisieren.  
Haben Sie Interesse an einem zusätzlichen Fragebogen, der Ihnen darüber Aufschluss geben kann ?

Dann fragen Sie einfach bei unseren Mitarbeiterinnen nach, gerne werden Sie Ihnen diesen Fragebogen aushändigen.

(interne Info: AV- AP- Patienten-Fragebogen für Risiko familiärer Darmkrebs; © MVZ Ehingen, ZP Dietenheim)

AV- AP- Patienten-Fragebogen S 1+2; © MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim, Dr. Herold u. Kollegen, letzte Änderung 13.12.2023

Der Patientin/dem Patienten  
ausgehändigt am:

## ... MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim

Facharztpraxis für Innere Medizin und **Gastroenterologie**,  
Proktologie – Dr. med. G. Herold und Kollegen

Brennerstraße 1  
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494  
Fax (07347) 919495

➤ .....

<b>Patient:</b>  <b>Geboren:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Flexible Teildarmspiegelung</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>End- + Mastdarm + linksseitiger Dickdarm</b> Sofern auffällige Befunde gefunden werden, <input checked="" type="checkbox"/> <u>evtl.</u> Gewebeprobe <input checked="" type="checkbox"/> <u>evtl.</u> gleichzeitig Hämorrhoidentherapie
--	---

### Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Arzt empfiehlt Ihnen zur Beschwerde-Abklärung (z.B. sichtbar Blutabgang beim Stuhlgang) zunächst eine Teil- + End- Darmspiegelung. **Ziel** ist es, Erkrankungen vom After bis zum max. mittleren Dickdarm schnell zu erfassen. **Die Vorbereitung ist gegenüber der kompletten Darmspiegelung vereinfacht.** Dies ist heute die **aussagekräftigste Methode**, um schnell organische Veränderungen in dem Teil des Dickdarms zu erkennen, der am häufigsten zum Abgang von **sichtbaren** Blutmengen beiträgt. Dieses **Aufklärungsblatt** soll informieren und Ihnen helfen, sich vorzubereiten, und sich, im Kurz-Gespräch vor der Untersuchung, auf wichtige Punkte zu konzentrieren.

### ⌘ Wie wird die Spiegelung durchgeführt?

Zur **Spiegelung** wird ein **biegsames optisches Instrument (das Endoskop)** vom After aus bis etwa zur Mitte des Dickdarms vorgeschoben. Krankhafte Veränderungen können besser beurteilt werden, wenn der Darm durch Einblasen von Luft entfaltet ist.

Wenn erforderlich, werden während der Spiegelung **Gewebeproben** mit einer kleinen Zange entnommen. Die Gewebeentnahme ist schmerzfrei, dagegen kann die Spiegelung selbst als unangenehm oder schmerzhaft empfunden werden.

Da im Kontext mit der Spiegelung möglicherweise Behandlungsmaßnahmen vorgesehen sind (z.B. Blutstillung; Hämorrhoiden-Ligatur), lesen Sie auch die Folgeseite bitte genau durch.

### ⌘ Welche Vorbereitungen sind nötig?

Um den unteren Dickdarm genau beurteilen zu können, muss dieser sauber sein. Hierfür ist eine gründliche Reinigung notwendig, die aber nicht den gleichen Aufwand wie eine geplante komplette Dickdarmspiegelung erfordert. Bitte befolgen Sie unsere Anweisungen genau. Sie bekommen hier in der Praxis ein Klysma (Einlauf) zur Darmentleerung!

### ⌘ Mit welchen Komplikationen ist zu rechnen?

Die Dickdarmspiegelung ist ein risikoarmes Routineverfahren, insbesondere die rein diagnostische Untersuchung. **Die bei Ihnen jetzt aktuell geplante Teil-Spiegelung wird überwiegend als diagnostische Untersuchung ablaufen !** Trotz größter Sorgfalt kann es in sehr **seltenen** Fällen dennoch zu Komplikationen kommen. **Alle genannten kommen statistisch in weniger als 0,05 % aller Fälle vor.** Zu nennen sind:

- Verletzungen der Darmwand durch das Endoskop bzw. Zusatzinstrumente bis hin zum Durchbruch (Perforation).

*Mit solch einem Ereignis ist bei therapeutischen Eingriffen, (nicht bei **dieser** Untersuchung), etwas häufiger zu rechnen. Nach neuesten Ergebnissen statistisch in < 0,5 %* Dies kann eine Operation erforderlich machen, die ihre eigenen Risiken hat.

- sehr selten kommen (stärkere) Blutungen durch Entnahme von Gewebeproben vor. Sie kommen meist spontan zum Stillstand, oder können mit blutstillenden Maßnahmen sofort behandelt werden. Extrem selten sind Blutungen so massiv, dass auch eine Bluttransfusion erforderlich ist. Blutprodukte haben heute noch ein Restrisiko der **HIV-Übertragung** von ca. 1: 1 Million !

- Sehr selten Beeinträchtigung der Atemfunktion, durch Beruhigungs- und Schmerzmittel. Deshalb erfolgt eine entsprechende Überwachung.

- Extrem selten Überempfindlichkeitsreaktionen auf die verwendeten Medikamente.

- sehr selten Herz-Kreislaufstörungen und anderes, wie z.B. eine Keimverschleppung in die Blutbahn bis hin zur Blutvergiftung, im Zusammenhang mit der Untersuchung.

### ⌘ Worauf „DANACH“ achten?

- **Direkt nach der Untersuchung können Bauchschmerzen durch + mit Blähungen** (durch eingeblasene Luft) auftreten, die individuell unterschiedlich stark empfunden werden. Diese können manchmal auch noch Stunden anhalten.

- Bei routinemäßig **ambulanter Teil-Spiegelung** ist keine Beruhigungsspritze erforderlich, falls doch, müssen Sie sich bitte abholen lassen. Nehmen Sie normale Kost zu sich, **keinen Alkohol**.

## ⌘ Information über die Gummiring-Abbindung von Hämorrhoiden + ihre möglichen Komplikationen

Ergänzend werden Afterregion und Enddarm, mit einem kurzen starren „**Proktoskop**“ inspiziert, zur optimalen Beurteilung von Hämorrhoidenvergrößerung und anderen Erkrankungen (häufige Blutungsquellen).

Bei der Abbindung wird über eine größere – meist zweit- oder drittgradige – Hämorrhoiden ein kleiner Gummiring gestülpt. Dieser fällt mit dem abgestorbenen Gewebe dann nach 4-8 Tagen – meist unbemerkt – ab. Hierdurch ist nun das Hämorrhoidalgewebe deutlich verkleinert. Eventuell sind zwei oder mehrere Anwendungszyklen erforderlich. Die entstandene Wunde im Bereich der Mastdarm-Schleimhaut vernarbt

### innerhalb von ca. drei Wochen.

Während dieser Abheilungsphase treten normalerweise keine Schmerzen auf.

Bisweilen kann es aber in den ersten Stunden und Tagen doch zu einem Druck- oder Fremdkörpergefühl, selten auch zu Schmerzen im Mastdarm kommen. Sollten ausnahmsweise doch einmal starke Schmerzen auftreten, rufen Sie mich bitte umgehend an.

Leichte Blutungen können ebenfalls vorkommen, sind jedoch harmlos.

**Extrem selten** kann auch eine starke Nachblutung auftreten, bei der spritzend oder schwallartig (und dann meist auch wiederholt) Blut in die Toilette abgeht. In diesem Fall wenden Sie sich bitte **sofort** telefonisch an mich oder die nächstgelegene chirurgische Klinik.

Um Blutungen zu vermeiden, sollten Sie in den **ersten drei Wochen nach der Behandlung**

- **keine** blutgerinnungshemmende Medikamente einnehmen (z.B. ASS, Clopidrogel, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis; etc. nach Rücksprache mit mir oder mit Ihrem Hausarzt)
- keine Auslandsreisen unternehmen.
- harten Stuhl und Pressen beim Stuhlgang, sowie starke körperliche Anstrengungen vermeiden.
- auf Sauna, Thermalbäder o.ä. verzichten.

Die Gummiring-Abbindung erfordert keine Schmerzbehandlung. In der Regel wird die Arbeitsfähigkeit durch die Behandlung nicht eingeschränkt.

Falls notwendig, führe ich die erste Therapie mit Abbindung in der Regel **gleich bei der ersten Untersuchung durch, um Ihnen einen zusätzlichen Untersuchungstermin und Zeitverzug zu ersparen.** Dies setzt allerdings voraus, dass Sie sich auch heute bereits einverstanden erklären.

## ⌘ „Single use“ –, Zange, Clip & Co.:

Seit Jahren gibt es **Einmal- Materialien, „single use“**. Solche Produkte werden bei uns **routinemäßig** verwendet, da sie von den Kassen über die KV in Baden-Württemberg als Sachkosten (bis auf Weiteres) erstattet werden!.

## ⌘ ..NEU !! ... Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>) statt Raumluft !

Das Einbringen von CO<sub>2</sub>, anstelle von Luft, ist eine wissenschaftlich fundierte Methode. Sie steigert bei der Koloskopie den Patienten-Komfort, da CO<sub>2</sub> 150 x schneller als Luft vom Körper aufgenommen wird.

Damit werden Bläh-bedingte Beschwerden minimiert. Fragen Sie uns bei Interesse !

Wir veranschlagen dafür einen Betrag von **5,00 Euro**

## ⌘ Einwilligungserklärung (ankreuzen !)

**Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsbogens verstanden und konnte mich frei entscheiden.**

Ich fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit in die geplante Untersuchung **ein**. Mit während der Spiegelung notwendig werdenden Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden (z.B. Hämorrhoidentherapie).

Alle mir wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung der Untersuchung, über die Risiken und möglichen Komplikationen und über die Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Einspritzungen) wurden hiermit ausreichend beantwortet.

Ich lehne die (evtl. erforderliche) gleichzeitige Hämorrhoiden-Behandlung ausdrücklich ab.

Ich wünsche vorher ein zeitlich getrenntes zusätzliches Aufklärungs-Gespräch (bitte rechtzeitige Terminvereinbarung beachten).

## ⌘ Anmerkung der Ärztin/des Arztes

## ⌘ Datum und Unterschrift

✓

Datum

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

ggfs. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

## Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung  
 von Patientendaten im Sinne von  
 § 73 Abs. 1 b SGB V  
 durch den Haus- / Facharzt

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

### Ich wurde über einen Aushang zum Datenschutz in der Praxis informiert und konnte Rückfragen stellen

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

### Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt anderen Ärzten / Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder Arzt bei meinen anderen Ärzten / Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- die oben genannte Praxis das zur Diagnostik erforderliche, personalisierte Probenmaterial an spezialisierte Einrichtungen zur Untersuchung weiter leitet (z.B. Pathologie, Labor), via Postweg, oder auch mittels Abholservice durch autorisierte Fahrdienste, und von dort Transportverschlüsselte Befundberichte erhält.
- die oben genannte Praxis Informationen an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität festgestellt werden konnte. Dies gilt sinngemäß auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geburtsdatum und Adresse

### Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen, als Behandlungszwecken, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

\_\_\_\_\_  
 Ihr aktueller Hausarzt / -ärztin

\_\_\_\_\_  
 Praxis-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters