

**Patienten-Instruktionen
für die Anwendung
der Endoskopie-Kapsel**

Dr. med. G. Herold, M. Braun und Kollegen



Name, Vorname: _____

**MVZ Ehingen, ZP Dietenheim
Gastroenterologie**

Geb. Datum: _____

Adresse:
Brennerstr. 1
89165 Dietenheim

Strasse, Hausnummer: _____

Tel.: 07347 919494
Fax: 07347 919495

Postleitzahl, Ort: _____

Ansprechpartner: Dr. med. Herold

Einwilligung in die Durchführung der Pillcam[®] Kapsel-Endoskopie

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich über das Verfahren der Pillcam[®] (Fa. Medtronic) Kapsel-Endoskopie unterrichtet wurde. Über Art, Zweck und Hergang der Untersuchung, sowie über die wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung und zum Unterlassen dieser Untersuchung wurde ich hinreichend informiert (Aushändigung spezieller Instruktionen in schriftlicher Form). Insbesondere ist mir bekannt, dass es in sehr seltenen Fällen zu einem Steckenbleiben der Pillcam[®] Kapsel im Magen-Darm-Trakt kommen, und in diesem Fall evtl. eine Operation notwendig werden kann. Ich bin auf mögliche Komplikationen durch diese Untersuchung hingewiesen worden. Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache.

☐ Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Pillcam[®] Kapsel-Endoskopie einverstanden. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit gegeben. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte, soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Mir ist bekannt, dass ich vor der Untersuchung die speziellen Vorbereitungsregeln (siehe dort) konsequent befolgen muss, sowie erst 2 Stunden nach Beginn der Untersuchung trinken und nach 4 Stunden etwas essen soll. Dazu gehört eine individuelle Vorbereitung mit einer speziellen Darmspüllösung, die die Sauberkeit des Dünndarms und damit die Aufzeichnungsqualität erheblich verbessern (= absolut notwendige Vorbereitung).

Außerdem wurde ich darüber informiert, dass ich während der Untersuchung den Sensor-Gürtel / Transponder nicht abnehmen darf, also nicht duschen oder baden, und keine schweren körperlichen Tätigkeiten verrichten darf. Sollte es nach der Einnahme der Pillcam[®] Kapsel zu Bauchschmerzen, Erbrechen oder anderen Beschwerden kommen, werde ich meinen behandelnden Arzt sofort kontaktieren.

☐ Sollte sich im Zusammenhang mit der anstehenden Untersuchung herausstellen, dass eine Wiederholung des Verfahrens notwendig ist, gebe ich hierzu ebenfalls meine Zustimmung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Eltern

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

**Patienten-Instruktionen
für die Anwendung
der Endoskopie-Kapsel**

Dr. med. G Herold, M. Braun und Kollegen



Name, Vorname: _____

**MVZ Ehingen, ZP Dietenheim
Gastroenterologie**

Geb. Datum: _____

Adresse:
Brennerstr. 1
89165 Dietenheim

Straße, Hausnummer: _____

Tel.: 07347 919494
Fax: 07347 919495

Postleitzahl, Ort: _____

Ansprechpartner: Dr. med. Herold

Patienten-Instruktionen für die Anwendung der Pillcam® (Fa. Medtronic) Videoendoskopie-Kapsel

Ihr behandelnder Arzt, bzw. ich, hat Ihnen geraten, sich im Rahmen Ihrer Diagnostik und Behandlung einer Untersuchung zu unterziehen, die als Kapsel-Endoskopie des Dünndarms bekannt ist. Seit Juli 2014 ist diese Untersuchungstechnik auch in die Gebührenordnung für GKV-Versicherte aufgenommen. Dieses Verfahren beinhaltet die Einnahme (das Schlucken) einer Pillcam®-Kapsel (entsprechend z.B. einer großen Vitamintablette, Medikamentenkapsel), die auf natürlichem Wege Ihr Verdauungs-System passiert und dabei jede Sekunde zwei bis sechs Bilder vom Verdauungstrakt aufnimmt.

Die Bilder werden an den Sensor-Belt (Sensorengürtel) übertragen, der um Ihren Bauch angebracht wird. Diese Sensoren sind an den Datenrekorder angeschlossen, den Sie - mittels Schultergurt - an der Hüfte tragen und der alle Bilder speichert. Nach 8 bis max. 13 Stunden (bzw. ggf. am folgenden Morgen) wird der Datenrekorder abgenommen und zur Verarbeitung der Daten Ihrem Arzt zurück gegeben.

Die Endoskopie-Kapsel ist ein Einmalartikel und wird auf natürlichem Wege durch die Darmbewegungen ausgeschieden. Sollte der seltene Fall eintreten, dass sie nicht natürlich ausgeschieden wird, wegen des Vorliegens einer nicht passierbaren Engstelle, muss sie endoskopisch oder chirurgisch entfernt werden.

Damit ich möglichst genaue Informationen aus dieser Untersuchung erhalte, müssen Sie die nachfolgend aufgeführten Anweisungen befolgen:

Setzen Sie oral eingenommene Eisenpräparate **unbedingt** 5 Tage vor der Endoskopie ab ! Setzen Sie auch Granulat-bildende / haltige Präparate am Vortag und am Untersuchungstag aus.

Ansonsten verschlechtern sich die Sichtbedingungen im Dünndarm erheblich.

Der Tag vor der Kapsel-Endoskopie

- | | |
|----|---|
| 1. | Leichte Kost zu sich nehmen. Nach dem Mittagessen am Tag vor der Kapsel-Endoskopie, dürfen Sie nur noch trinken, möglichst nur klare, nicht dunkel gefärbte Flüssigkeiten (wie bei der Koloskopie-Vorbereitung). Trinken Sie bis zum Abend, vor der Kapsel-Endoskopie, ca. 3 Liter Flüssigkeit, nur die Einnahme absolut nötiger Medikamente ist erlaubt. Nehmen Sie mindestens ab 2 Stunden vor der Kapsel-Endoskopie keine Medikamente mehr ein.
Aber: zwischen 20:00 und 21:30 Uhr am Vorabend trinken sie bitte noch <u>0,2 Liter</u> der verordneten Darmspüllösung (Citrafleet). |
| 2. | Verzichten sie 12 Stunden vor der Kapsel-Endoskopie auf das Rauchen, da Rauchen zusätzlich die Darmperistaltik anregt. |
| 3. | Tragen Sie am Untersuchungstag ausschließlich reine Baumwollkleidung auf der Haut. Darüber wird dann der Sensorgürtel angebracht. Achten Sie deshalb auf lockeren Sitz Ihrer Kleidung (kein enger Hosenbund). |

Der Tag der Kapsel-Endoskopie

- | | |
|----|---|
| 1. | Zwischen 06:30 und spätestens 07:00 Uhr am Morgen der Untersuchung trinken sie bitte <u>nochmals 0,2 Liter</u> der verordneten Darmspüllösung (Citrafleet). 30 min warten, danach nochmals 0,5 Liter klare Flüssigkeit nachtrinken.
Bitte erscheinen Sie für die Pillcam® Kapsel-Endoskopie pünktlich zum vereinbarten Termin in locker sitzender, zweiteiliger Kleidung (Unterkleidung Baumwolle) . Ohne spezielle Vereinbarung ist das in der Regel 09:00Uhr morgens |
| 2. | In unserer Arztpraxis erhalten Sie dann sofort noch einen kleinen „Drink“ in dem sich noch eine Portion Entschäumer (Lefax) befindet. Dann wird der Sensorgürtel an Ihrem Bauch befestigt und mit dem Datenrekorder verbunden, den Sie an einem Tragegurt über die Schulter tragen. Sie erhalten dann die Anweisung, die Endocapsule®-Kapsel einzunehmen, bzw. zu schlucken.
Hierzu bekommen Sie von uns „einen großen Schluck“ Wasser, und sollten sich dazu entspannen. |



3.	Nach der Einnahme der Pillcam[®]-Kapsel dürfen Sie erst wieder nach 2 Stunden trinken und nach ca. 4 Stunden (zunächst) leichte Kost essen. Also: nach 2 Stunden können Sie Wasser und Tee trinken, nach 4 Stunden einen leichten Imbiss zu sich nehmen. Nach Abschluss der Untersuchung können Sie zu Ihrer normalen Ernährung zurückkehren. Nach dem Schlucken der Kapsel sollen Sie sich eine gute halbe Stunde bewegen, einen Spaziergang machen. Das fördert den notwendigen, schnellen Weitertransport der Kapsel aus dem Magen in den Dünndarm. Danach kommen Sie in die Praxis zurück. Wir werden über den Kontrollmonitor am Rekorder die Kapselposition orten. Sollte diese auch nach einer Stunde noch im Magen liegen, müssen wir diese ggf. mittels einer Gastroskopie aktiv in den Zwölffingerdarm weiter transportieren.
4.	Während der Pillcam[®] Kapsel-Endoskopie dürfen Sie sich nicht in der Nähe starker elektromagnetischer Strahlungsquellen aufhalten, wie z.B. einem Induktionsherd, einem Gerät zur Kernspintomographie oder einem Amateursprechfunkgerät. Denn gelegentlich können einige Bilder durch Interferenzen mit elektromagnetischen Wellen verloren gehen. In sehr seltenen Fällen kann dies dazu führen, dass die Kapsel-Untersuchung wiederholt werden muss. Meiden Sie deshalb für die Dauer der Untersuchung diesbezüglich gefährdende Orte
5.	Die Kapsel-Endoskopie dauert ungefähr 8 Stunden, aber es können auch mehr Stunden erreicht werden. Während dieser Zeit dürfen Sie den Gürtel keinesfalls entfernen oder die Geräte voneinander trennen. Vermeiden Sie stärkere körperliche Aktivität, häufiges Beugen oder Bücken; vermeiden Sie plötzliche Bewegungen oder Schläge auf den Datenrekorder oder den Batteriesatz. Setzen Sie diese Gegenstände nicht Stößen, Erschütterungen oder direkter Sonneneinstrahlung aus, denn dabei können Informationen verloren gehen. Da der Recorder ein kleiner Computer ist, sollte er mit größtmöglicher Sorgfalt behandelt werden.
6.	Sollten Sie den Eindruck haben, dass eine Fehlfunktion des Datenrekorders vorliegt, kontaktieren Sie Ihren Arzt. Notieren Sie bitte auch Zeitpunkt und Art anderer Ereignisse, wie z.B. Essen, Trinken und ungewöhnliche Empfindungen. Geben Sie diese Notizen dann später zusammen mit der Ausrüstung Ihrem Arzt, bzw. der Praxismitarbeiterin.

7. Beachten Sie bitte unsere Anweisungen, und kommen mit dem Rekorder nach ca. 8 Stunden nach dem Kapselschluck in die Praxis zurück; bzw. richten sich nach den individuellen Absprachen, die wir mit Ihnen treffen. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt nochmals eine Monitorkontrolle über die Lage der Kapsel. Sollte die Kapsel den Dickdarm dann noch nicht eindeutig erreicht haben, behalten Sie den Recorder noch bis zum folgenden Morgen. Sie müssen dann nochmals in die Praxis kommen, um die Geräteausrüstung zurück zu bringen.
8. Die Pillcam[®]-Kapsel ist ein Einmalartikel und wird auf natürlichem Wege durch die Darmbewegung ausgeschieden. Wenn Sie während der Passage der Kapsel unerklärliche Übelkeit, Bauchschmerzen oder Erbrechen entwickeln, sollten sie Ihren Arzt zur Beurteilung, und möglicherweise Röntgen-Untersuchung des Bauches, konsultieren.

Setzen Sie sich sofort mit mir in Verbindung, wenn irgendwann nach der Einnahme der Pillcam[®]-Kapsel Schmerzen in der Bauchregion, Übelkeit oder Erbrechen auftreten. Für die Dauer Ihrer Kapsel-Untersuchung erreichen Sie mich/uns über die Praxis-Telefonnummer 07347 919494, unsere Online Rezeption, oder auch über Mail: info@dr-g-herold.de

Ergänzend noch wichtige Fragen, die Sie sorgfältig beantworten sollten, damit der Arzt die Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und die in Ihrem Fall speziellen Risiken besser abschätzen kann.

Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, Über- ☐ **Ja** ☐ **Nein** /Unterfunktion der Schilddrüse) bekannt ?

Wurden Sie schon einmal im **Bauchraum** operiert ? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Wenn ja, weshalb und wann ?

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** oder ein ☐ **Ja** ☐ **Nein** anderes implantiertes elektromedizinisches Gerät ?

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein ? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

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 Transport-verschlüsselte 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