mvz
medizinisches
versorgungszentrum
ehingen

Gastroenterologischer Schwerpunkt
Illertal

**Dr. med. Gerhard Herold**
**Markus Braun**
**Dr. med. Johannes Schwarzbach**
Fachärzte für Innere Medizin
und Gastroenterologie

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim

Telefon 07347 919494
Telefax 07347 919495
mvzehigastro.info@adk-gmbh.de
www.mvz-dietenheim.de

**INFORMATIONEN ZU IHRER GASTRO- UND / ODER KOLOSKOPIE (Magen- / Darmspiegelung)**

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

anbei finden Sie alle wichtigen Informationen rund um die bei Ihnen geplante endoskopische Untersuchung in unserer Praxis für Gastroenterologie.

Wir bitten Sie, sich alle Informationen ausführlich durchzulesen. Dies ist wichtig, um Ihnen einen reibungslosen und sicheren Ablauf der Untersuchung bieten zu können.

Denken Sie bitte außerdem daran, folgendes mitzubringen:

- Vorbefunde (z. B. Laborwerte, Gerinnungswerte, Arztbriefe)

- Die von uns erhaltenen Unterlagen, Formulare, ggf. mit Unterschriften, nicht vergessen !

- T-Shirt (zum Wechseln)

- Decke (zum Zudecken) oder ein zweites großes Handtuch

- großes Handtuch (Saunahandtuch) bei Koloskopie

- Medikamentenplan

Wir bitten Sie darum, 15 Minuten vor Ihrem vereinbarten Termin in der Praxis zu sein. Dies gilt nicht streng für Patienten mit einem Termin zu Praxisbeginn um 08:00 Uhr. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Falls Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Ihr Praxis Team

**Fragen zur Blutverdünnung und weitere Informationen zu Ihrer Spiegelung**


# MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim

Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie,
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach & Kollegen

➤.....

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Medikamente zur **Blutverdünnung** spielen in der Vorbereitung für eine Endoskopie eine besondere Rolle !
**Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen).**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **Marcumar (4)** | ☐ **ASS (1)** | ☐ **Eliquis (3)** | ☐ **Apixaban (3)** |
| ☐ **Phenprocumon (4)** | ☐ **Aspirin (1)** | ☐ **Lixiana (3)** | ☐ **Edoxaban (3)** |
| ☐ **Clopidrogel (2)** | ☐ **Plavix (2)** | ☐ **Xarelto (3)** | ☐ **Rivaroxaban (3)** |
| ☐ **Brilique (2)** | ☐ **Iscover (2)** | ☐ **Pradaxa (3)** | ☐ **Dabigatran (3)** |
| ☐ **Efient (2)** | ☐ **Sintrom (4)** | ☐ **?** | ☐ **?** |
| ☐ **Ich nehme keine** | **der oben genannten** | **Medikamente.** ☐ **andere** | **Gerinnungshemmer** |

**Medikamente, die vor einer Magen- oder Darmspiegelung NICHT MEHR abgesetzt werden müssen:**

| | | |
|---|---|---|
| **(1)** ● | ASS, Aspirin | Muss nicht mehr vorher abgesetzt werden. |

**Medikamente, die vor einer Magen- oder Darmspiegelung abgesetzt werden müssen:**

| | | |
|---|---|---|
| **(2)** ● | Plavix, Clopidrogel, Efient, Brilique, etc. | 7 Tage vor der Untersuchung absetzen |
| **(3)** ● | z.B. Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, | 2 Tage vor der Untersuchung, sowie am Untersuchungstag nicht mehr nehmen. |
| **(4)** ● | Marcumar, Phenprocumon, Sintrom | 10 Tage vor der Untersuchung absetzen. Der INR sollte unter 1,4 sein. Bitte nur mit/nach Rücksprache mit HÄ/HA |

Alle anderen Medikamente können weiter eingenommen werden. Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin, **bevor** Sie die o. g. Medikamente absetzen! Es gibt auch im Einzelfall Ausnahmen, die zu beachten sind ! Sie oder Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin können gerne Rücksprache mit unseren Ärzten halten.

**Untersuchung mit Sedierung (Schlafspritze):**

- Falls eine **Sedierung** (Schlafspritze) gewünscht ist, **benötigen Sie eine Begleitperson**. Alternativ rufen wir, auf Ihre eigenen Kosten, ein Taxi für Sie. Der Taxifahrer holt Sie dann **IN** der Praxis ab.
- Falls Sie eine Sedierung (Schlafspritze) bekommen, dürfen Sie am Untersuchungstag kein Fahrzeug mehr führen.
- Ohne Spritze können Sie nach der Untersuchung alleine die Praxis verlassen und auch ein Fahrzeug führen.

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (nur für Termine zu Magen- und Darmspiegelung !):**

- Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Untersuchungstag (und ggf. für den Abführtag), wird bei Bedarf, ausgehändigt. **Das müssen Sie jedoch explizit nochmals kommunizieren !**

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

➤.....

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin & Gastroenterologie & Proktologie
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach, & Kollegen

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 ☐*** ***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,*** ☐ ***Sojaeiweiss-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 Harnverhalt ? ? | ***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 & Gastroenterologie & Proktologie
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach, & Kollegen

➤.....

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

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

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 ☐***

Schlaf: ist eine ☐ Schlaf-Apnoe bekannt, oder ☐ schnarchen Sie ? ***Ja ☐ Nein ☐***

Gab es bei Operationen/Narkose Probleme ?, *wenn ja welche ?* ***Ja ☐ Nein ☐***

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? ***Ja ☐ Nein ☐***
Wenn ja- ☐ < 1x/Wo ☐ 1-3x/Wo ☐ 3-7x/Wo ☐ täglich

Ist bei Ihnen eine Blutungsneigung / **<u>Störung der Blutgerinnung</u>** bekannt ?, wenn ja welche: …….. ***Ja ☐ Nein ☐***

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

**Haben Sie / hatten Sie ....**
**<u>ohne Einnahme</u> von Blutgerinnungs- hemmenden Mitteln !**

Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (wie Zähne putzen) ? ***Ja ☐ Nein ☐***
Länger / verstärktes Nachbluten nach einer Zahnentfernung / -Ziehen ? ***Ja ☐ Nein ☐***

Gehäuft / verlängert **spontanes** Nasenbluten ?, ***Ja ☐ Nein ☐***
(ohne trockene Luft, Schnupfen oder starkes Schneuzen)

Länger / verstärkt als 5-10 Minuten Bluten nach Schnittwunden ? ***Ja ☐ Nein ☐***

<u>Für Frauen</u>: … den Eindruck einer verlängerten Menstruationsblutung ? ***Ja ☐ Nein ☐***
(> 7 Tage) oder sehr häufiges Wechseln von Tampons bzw. Binden ?

☐ Gelenkeinblutungen, ☐ Blutungen in Weichteile oder Muskel ? ***Ja ☐ Nein ☐***
(ohne ein ausreichend erklärendes Trauma / Unfall ?

☐ Magen-/Darmblutungen (außer Hämorrhoiden) oder ☐ blutigen Urin ? ***Ja ☐ Nein ☐***
(nicht im Rahmen eines Harnwegs-Infektes)

verlängerte oder schwere Blutungen rund um Operationen ? ***Ja ☐ Nein ☐***
(z.B. Mandel-OP, Blinddarm-OP, Entbindung) ?

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

Bitte vermerken Sie hier noch Größe und aktuelles Gewicht: ……..cm; ……..kg KG

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

➤.....

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und **Gastroenterologie**

Brennerstr. 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

| | |
|---|---|
| **Patientenname:**<br><br>**Geboren:** | ☑ **Dickdarmspiegelung (Coloskopie)**<br><br>Sofern Polypen gefunden werden,<br>☑ **immer** endoskopische Polypenentfernung |

## Liebe Patientin, lieber Patient,

**Ihr Arzt** hat Ihnen zur Abklärung Ihrer Beschwerden, oder zur Darmkrebs-Vorsorge eine Darmspiegelung empfohlen und Sie deshalb zu uns überwiesen. **Ziel** dieser Untersuchung ist es, Erkrankungen im Enddarm, Dickdarm oder der letzten Dünndarmschlinge zu erfassen. Diese Technik stellt heute die **aussagekräftigste Methode** dar, organische Veränderungen dieser Organe zu erkennen, und damit ihre Beschwerden abzuklären, ggfs. auch direkt therapeutisch einzugreifen. Dieses **Aufklärungsblatt** soll informieren und Ihnen helfen, sich vorzubereiten, und sich, im eventuell noch erforderlichen Gespräch, auf wichtige Punkte zu konzentrieren.

## ⌘ Wie wird die Spiegelung durchgeführt?

Zur **Spiegelung** wird ein **biegsames optisches Instrument (das Endoskop)** vom After aus bis zur Mündung des Dünndarms in den Dickdarm und, in bestimmten Fällen, bis in den unteren Dünndarm vorgeschoben. Krankhafte Veränderungen können besser beurteilt werden, wenn der Darm durch Einblasen von Luft entfaltet ist. Bei Bedarf, oder **falls Sie es wünschen**, erhalten Sie eine Beruhigungsspritze / Schmerzspritze, meist etwas zur Muskelentspannung im Dickdarm). **Nach einer Beruhigungsspritze dürfen Sie nicht selbst Auto fahren** (ggfs. AU für den Tag)**.**

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. Vorteilhaft ist auch, dass Sie bei der Endoskopie keinen Röntgenstrahlen ausgesetzt werden und keinen Kontrastbrei schlucken müssen.

Da während der Spiegelung möglicherweise Behandlungsmaßnahmen vorgesehen sind (z.B. Polypenabtragung, Blutstillung), lesen Sie auch die Folgeseite bitte genau durch.

## ⌘ Welche Vorbereitungen sind nötig?

Um den unteren Verdauungstrakt genau beurteilen zu können, muss dieser frei von Stuhlresten sein. Hierfür ist eine gründliche Reinigung notwendig. Bitte befolgen Sie die gesonderten Anweisungen zur Darmreinigung genauestens.
Beachten Sie bitte, dass die Wirksamkeit von eingenommenen Medikamenten durch Abführmaßnahmen aufgehoben oder eingeschränkt sein kann. Dies gilt auch für die "Pille" zur Empfängnisverhütung. Nehmen Sie Medikamente am besten nach der Spülung.

## ⌘ Mit welchen Komplikationen ist zu rechnen?

Die Dickdarmspiegelung ist ein risikoarmes Routineverfahren, insbesondere die rein diagnostische Untersuchung. 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, wie der Polypenentfernung, etwas häufiger zu rechnen***. Nach neuesten Ergebnissen statistisch in < 0,5 %.** Dies kann eine Operation erforderlich machen, die ihre eigenen Risiken hat.

- stärkere Blutungen durch die Polypenentfernung oder (seltenst) durch Entnahme von Gewebeproben. 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.

***Aber: Weltweit ist die Coloskopie die Standarduntersuchung zur Polypenentfernung.***
***In aller Regel ist der endoskopische Eingriff weitaus risikoärmer, als z.B. eine Operation.***

## ⌘ Worauf „DANACH“ achten?

**O** Direkt **nach der Untersuchung sind Bauchschmerzen durch + mit Blähungen** (durch eingeblasene Luft) möglich, mit individuell unterschiedlich starker Ausprägung. Diese können manchmal über Stunden anhalten.

**O** An diesem Tag sollten Sie **Anstrengung meiden**. Bei routinemäßig **ambulanter Spiegelung** lassen Sie sich bitte abholen. Nach Polypenabtragung müssen Sie eventuell über Nacht nüchtern bleiben. Befolgen Sie unbedingt die Arzt-Empfehlung bei Entlassung.

**O** Treten später **Bauchschmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen** (z.B. Schwindel, Übelkeit) auf, oder tritt **Blut aus dem After** aus, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren Arzt.

**O** Nach einer **Sedierungs- / „Schlaf“-spritze** dürfen Sie **frühestens am Folgetag, morgens** wieder aktiv am **Straßenverkehr** teilnehmen, oder an **gefährdenden Maschinen** arbeiten. Abweichungen im Einzelfall erfahren Sie im Abschlussgespräch.

## ⌘ Welche endoskopische Therapie?

Durch das flexible Endoskop sind therapeutische, standardisierte Eingriffe möglich. Im Dickdarm erfolgt am häufigsten die Entfernung gutartiger Geschwülste, (**Polypen oder Adenome)**, die häufig **Krebsvorstufen** darstellen. **Meist sind sie vor der Untersuchung nicht bekannt. Man entdeckt sie durch die Darminspektion. Diese werden dann routinemäßig gleich mit entfernt, um Ihnen eine zweite Untersuchung zu ersparen**. Hierzu benötige ich jedoch Ihr Einverständnis und Kenntnisse über die Blutgerinnung.

Nahezu alle Techniken werden mit Hilfe von Spezialkathetern durch den Arbeitskanal des Endoskops durchgeführt. Z.B. Drahtschlingen zum hochfrequenzelektrischen Schneiden von Gewebe, insb. von Polypen; Zangen zur Gewebeprobe; Nadelkatheter zur Medikamenten-Injektion; Applikatoren für Metallclips zur Blutstillung, etc..
Falls kurzfristig eine erneute Spiegelung zur Therapiekontrolle notwendig wird, bleiben Sie nüchtern, um die Übersichtlichkeit im gereinigten Darm zu erhalten.

**O** Sie nehmen ein Medikament zur **„Blutverdünnung“** ein ? Dies muss in der Regel **VOR** der Untersuchung für **einige Tage pausiert** werden. Hierzu ist **unbedingt Absprache** mit dem Praxisteam **notwendig** !!. (Ähnliches gilt auch **NACH einer Polypenentfernung**).

**O Polypen (Adenom-) Entfernung im Dickdarm.**

Fassen + Abschneiden an Basis oder am Stiel mit Hochfrequenzstrom, bei großen evtl. vorheriges Einspritzen zur Blutstillung, oder Legen einer „Würgeschlaufe“ am Stiel.
*Besondere Risiken*: Nachblutung aus der Basis, evtl. Verletzung der Darmwand, direkt oder durch Strommarke (jeweils ca. 0,5-1,0 %). Dies kann einen chirurgischen Baucheingriff notwendig machen.

## ⌘ Weitere Fragen zur Aufklärung?

**O** Nach möglichen Alternativen?
**O** Nach persönlichen Risiken, die nicht erwähnt sind?

### ⌘„Single use“ –Schlinge, 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!.

### ⌘ ..Schmuck, Piercings, Metall am/im Körper! ?

... insb. unterhalb des Bauchnabels, lassen Sie bitte zu Hause ! Bei Einsatz von Hochfrequenzstrom (Polypenentfernung !) entsteht ein Stromkreis + -Fluss zwischen Körper + Gerät. Dabei erhitzen sich Metallteile stark, so dass Verbrennungen möglich sind (cave: Intimbereich). **Wir übernehmen keine Verantwortung!**

### ⌘ ..Ist eine Magen- + Darm-Spiegelung als Kombi Untersuchung geplant ???

... dann richten Sie sich unbedingt (!) nach den Angaben für die Darmspiegelung !!. Das Nüchternsein für die Magenspiegelung ist dann zweitrangig

### ⌘ ..NEU !! ... Kohlendioxid ($CO_2$) statt Raumluft !

Das Einbringen von $C0_2$, anstelle von Luft, ist eine wissenschaftlich fundierte Methode. Sie steigert bei der Koloskopie den Patienten-Komfort, da $CO_2$ 150 x schneller als Luft vom Körper aufgenommen wird. Damit werden Bläh-bedingte Beschwerden minimiert. **Fragen Sie uns bei Interesse !**

## ⌘ 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.

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 Polypenentfernung 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

_____

ggf. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

➤.....

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und **Gastroenterologie**

Brennerstr 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

| **Patientenname:**<br><br>**Geboren:** | ☑ **Magenspiegelung**<br>**(Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)**<br>☑ Im Notfall immer mit endoskopischer Therapie |
|---|---|

## Liebe Patientin, lieber Patient,

**Ihr Arzt** hat Ihnen zur Abklärung Ihrer Beschwerden eine Magenspiegelung empfohlen und Sie deshalb zu uns überwiesen. **Ziel** dieser Untersuchung ist es, Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens oder oberen Dünndarms zu erfassen. Diese Technik stellt heute die **aussagekräftigste Methode** dar, organische Veränderungen dieser Organe zu erkennen, und damit ihre Beschwerden abzuklären, ggfs. auch direkt therapeutisch einzugreifen. Dieses **Aufklärungsblatt** soll informieren und Ihnen helfen, sich vorzubereiten, und sich, im eventuell noch erforderlichen Gespräch, auf wichtige Punkte zu konzentrieren.

## ⌘ Wie wird die Spiegelung durchgeführt?

Zur **Spiegelung** wird ein **biegsames optisches Instrument (das Endoskop)** durch die Mundhöhle in die Speiseröhre, den Magen bzw. den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Krankhafte Veränderungen können besser beurteilt werden, wenn der Verdauungstrakt durch Einblasen von Luft entfaltet ist. Dies kann Druck und Völlegefühl hervorrufen. In der Regel wird der Rachen örtlich betäubt, weshalb Sie bis zu 1 Stunde nach der Untersuchung nichts essen und trinken sollten. Bei Bedarf, oder **falls Sie es wünschen**, erhalten Sie eine Beruhigungsspritze / Schmerzspritze, meist etwas zur Muskelentspannung im Verdauungstrakt. **Nach einer Beruhigungsspritze dürfen Sie nicht selbst Auto fahren** (ggfs. AU für den Tag).

**Da regelhaft/meistens erforderlich** für eine optimale Informationsgewinnung, werden während der Spiegelung **Gewebeproben** mit einer kleinen Zange entnommen. Die Gewebeentnahme ist schmerzfrei, dagegen kann die Spiegelung selbst als unangenehm empfunden werden. Sie sind keinen Röntgenstrahlen ausgesetzt !.

Sind während der Spiegelung Behandlungsmaßnahmen vorgesehen, (z.B. Fremdkörperentfernung, Varizenverödung, Blutstillung blutender Geschwüre, Polypenabtragung, Anlage einer Ernährungsfistel, Aufdehnung von Engstellen, Laserlichtbehandlung, Einlage von Prothesen) werden Sie darüber ggfs. gesondert informiert.

## ⌘ Welche Vorbereitungen sind nötig?

Um den oberen Verdauungstrakt genau beurteilen zu können, muss dieser frei von Speiseresten sein. Daher sollten Sie am Untersuchungstag nüchtern sein, d.h. vor der Untersuchung (Regelhaft ab dem Abend davor, aber mindestens 6 h) **weder Getränke noch Speisen** zu sich nehmen.
Evtl. Blutgerinnungs- hemmende Medikamente vorher absetzen, Bitte Rücksprache mit der Praxis !

## ⌘ Mit welchen Komplikationen ist zu rechnen?

Die Spiegelung des oberen Verdauungstraktes ist ein sehr risikoarmes Routineverfahren, insb. die rein diagnostische Untersuchung. Trotz größter Sorgfalt kann es in **seltenen** Fällen dennoch zu Komplikationen kommen. **Alle genannten kommen statistisch in weniger als 0,05 % aller Fälle vor**. Zu nennen sind:

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

*Mit solch einem Ereignis ist bei therapeutischen Eingriffen etwas häufiger zu rechnen.* Dies kann eine Operation erforderlich machen, die ihre eigenen Risiken hat.

- stärkere Blutungen durch therapeutische Maßnahmen, seltenst durch die Entnahme von Gewebeproben. Sie kommen meist spontan zum Stillstand oder können durch spezielle Maßnahmen über das Endoskop 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.

*Aber: In der Praxis ist diese Untersuchung bei diagnostischer Fragestellung völlig harmlos.*

***In aller Regel ist der endoskopische Eingriff weitaus risikoärmer, als z.B. eine Operation.***

## ⌘ Worauf nach der Spiegelung achten?

- mindestens **1 Stunde** nach Rachenbetäubung: nichts essen und trinken. Für die Zeit danach beachten Sie unbedingt die Empfehlung des Arztes.
- Treten nach der Spiegelung **Schmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen** (z.B. Schwindel, Übelkeit, Bluterbrechen) auf, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren Arzt.
- Nach einer **Entspannungs- / Schmerzspritze** dürfen Sie **in der Regel am Folgetag, morgens** (je nach Medikament) wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, **wichtige Entscheidungen** treffen oder an **gefährdenden Maschinen** arbeiten.

**Butylscopolamin**, zur Magenmuskelentspannung gegeben, kann für ca. 30-60 min die *Sehschärfe mindern*.

## ⌘ Welche endoskopische Therapie?

Augenblicklich dient die Untersuchung nur der Ursachenklärung Ihrer Beschwerden, evtl. zusammen mit der Entnahme von Gewebeproben zur feingeweblichen Untersuchung. Darüber hinaus erlaubt die flexible Endoskopie eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten. Nahezu alle erfolgen mit Hilfe von Spezialinstrumenten über den Arbeitskanal des Endoskops.
Falls der aktuelle Befund ergibt, dass eine spezielle Therapie bei Ihnen notwendig wird, werden Sie, **sofern kein Notfall** vorliegt, gesondert darüber aufgeklärt.
Bei Verdacht, bzw. **Vorfinden einer bedrohlichen Blutung im oberen Verdauungstrakt, werden jedoch vom Spezialisten sofort geeignete blutstillende Maßnahmen durchgeführt** (s.o.). Dies ist meist eine effektive Therapie. Ein operatives Vorgehen ist dann in der Regel nicht mehr notwendig.

**Achtung lockere Zähne & Zahnersatz. Festhalten des Mund-Beißschutzrings kann selten zu Scherbewegungen mit Verlust von Zahn oder Krone, etc. führen.**
**Zungen- + Lippen-Piercing vorher entfernen! Auch Ohrringe + Ketten ablegen!; wir übernehmen keine Verantwortung für verlorenen Schmuck!!!**

**Besprochene spezielle Maßnahme**:

## ⌘ Fragen zur Aufklärung?

Ihrem Hausarzt oder uns können Sie alle Fragen stellen, die Ihnen wichtig erscheinen, z.B.:
- Welche Alternativen habe ich möglicherweise?
- Gibt es für mich persönlich Risiken, die im Aufklärungsblatt nicht erwähnt sind?

### ⌘„Single use“ –Schlinge, 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 erstattet werden!.

### ⌘ LAKTASE-BIOPSIE QUICK-TEST:

Spiegelung erforderlich ?, unkl. Bauchbeschwerden ?
**Warum nicht auch gleichzeitig ein Laktasetest ?**

Nachweis einer Milchzucker-Unverträglichkeit in nur 20 min. Der Schnelltest wird sofort während der Spiegelung durchgeführt, und erspart Ihnen weitere Tests. Der alternative, übliche H2-Atemtest, an einem neuen Termin, dauert dagegen 3 Stunden (ist Kassenleistung !).
Wir bieten Ihnen diesen neuen Test als Indiv. Gesundheits-Leistung an, für einen **Preis von 45 Euro** (**Testkit + Zange + Aufwand). NUR BEZAHLUNG vor Ort! Fragen Sie uns für Details.**

## ⌘ 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.

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 wünsche vorher ein zeitlich getrenntes zusätzliches Gespräch (bitte rechtzeitige Terminvereinbarung beachten).** Über die geplante Untersuchung, sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen, möchte ich in einem zusätzlichen Gespräch mit einem der Ärzte nochmals ausführlich informiert werden.

☐ Ich **lehne** die Untersuchung/Behandlung insgesamt **ab**. Meine Gründe hierfür sind:

## ⌘ Anmerkung der Ärztin/des Arztes

## ⌘ Datum und Unterschrift

↘ _____

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

_____
ggf. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

mvz
medizinisches
versorgungszentrum
ehingen

Gastroenterologischer Schwerpunkt
Illertal

**Dr. med. Gerhard Herold**
**Markus Braun**
**Dr. med. Johannes Schwarzbach**
Fachärzte für Innere Medizin
und Gastroenterologie

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim

Telefon 07347 919494
Telefax 07347 919495
mvzehigastro.info@adk-gmbh.de
www.mvz-dietenheim.de

# Information zur Dickdarmspiegelung mit Kohlendioxid

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

viele kleine Verbesserungen in Bezug auf Vorbereitung und Durchführung haben die Dickdarmspiegelung für die Patienten in den letzten Jahren angenehmer gemacht. Trotzdem bleiben bislang Defizite in der „Bauchbefindlichkeit“ danach. Durch den Einsatz von Kohlendioxid-Gas ($CO_2$) kann nun auch das Befinden nach der Spiegelung erheblich verbessert werden !
Um den Darm gut zu entfalten und dadurch die Schleimhautoberfläche optimal beurteilen zu können, wird über das Endoskop während der Untersuchung Luft eingegeben. Obwohl versucht wird, diese Luft wieder abzusaugen, verbleibt mehr oder weniger davon im Darm (abhängig von Untersuchungsdauer und Gestalt des Darmes). Diese kann, bis sie den Darm auf natürlichem Wege wieder verlassen hat, öfters zu Völlegefühl bis hin zu krampfartigen Beschwerden führen.
Mit Hilfe einer neuen Technologie kann der Darm anstatt mit Luft nun mit Kohlendioxid ($CO_2$) entfaltet werden.
Diese Insufflation von $CO_2$ ist eine wissenschaftlich fundierte Methode.
Während Luft kaum bzw. recht schlecht vom Darmgewebe aufgenommen werden kann, wird Kohlendioxid 150 mal schneller über die Darmwand aufgenommen und abgeleitet, bzw. letztendlich über die Lunge abgeatmet. Auf diese Weise ist der Darm rasch nach der Untersuchung entbläht und wieder entspannt und macht deshalb keine Beschwerden mehr.
Also wesentlich weniger Schmerzen und Unwohlsein während und nach der Prozedur !
Das Praxis-Team und ich freuen uns, Ihnen diese neue, nebenwirkungsfreie Technologie anbieten zu können, die das Wohlbefinden bei und nach der Dickdarmspiegelung noch weiter verbessert. Da die Mehrkosten zum Einsatz dieses neuen Verfahrens von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden, müssen wir Ihnen diese allerdings in Rechnung stellen und veranschlagen dafür **20,00** Euro.

**Bitte geben Sie uns ***vor*** der Untersuchung Bescheid, ob Sie Ihre Untersuchung mit oder ohne Kohlendioxid-Verwendung (Medizinisches $CO_2$ aus Hochdruckflaschen) durchführen lassen wollen. (Sollten Sie sich dafür entscheiden, können Sie bequem mit EC-Karte bezahlen).**

Selbstverständlich bemühen wir uns unabhängig von Ihrer Entscheidung, die Untersuchung für Sie in jedem Fall so angenehm wie möglich durchzuführen.

*Ihr Untersuchungs-Termin:*

*Datum: .....*

*Uhrzeit: .....*

**Variante: PEG- Lösung, PLENVU**


**MVZ Ehingen, ZP Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim
Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495
e-mail: mvzehigastro.info@adk-gmbh.de
Internet: www.mvz-dietenheim.de


# Vorbereitung für die Darmspiegelung (Koloskopie)

**Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in),**
Zur Klärung Ihrer Beschwerden muss eine Spiegelung des ganzen Dickdarms durchgeführt werden. Damit die Darmschleimhaut gut beurteilt werden kann, muss der Darm zuvor gründlich gereinigt werden. Bitte beachten Sie deshalb folgende Verhaltensregeln ***ganz genau*** - denn nur dann ist gewährleistet, daß ihr Darm wirklich sauber ist, und die Untersuchung ***wirklich aussagekräftig*** ist.
**Halten Sie sich im Folgenden bitte an DIESE Anweisungen und nicht an den Beipackzettel des Abführmittels**

**Beachten Sie die Vorgaben, abhängig von der Uhrzeit Ihres Untersuchungstermins !!!**

## ❶ Vier Tage vor dem Untersuchungstermin:

Sie dürfen keine Nahrungsmittel zu sich nehmen **die Kerne und Körner enthalten** (z.B. Tomaten, Kiwi, Trauben; kein entsprechendes Müsli, kein Körnerbrot etc.)
**Zwei Tage vorher keine Hülsenfrüchte, schalenreiche Rohkost, fettreiche Kost**. Erlaubt bleiben folgenden Nahrungsmitteln: Weißbrot, Gemüse, fettarme Joghurt- + Milchprodukte, wenig Ballast- und Faserstoffe !, magerer Schinken/Wurst, Zwieback, Salzstangen, Nudeln, Eier, Kartoffeln, Reis, sowie Vergleichbares!
**(Bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung spätestens am Vortag !!)**

## ❷ Ein Tag vor dem Untersuchungstermin:

Morgens ein kleines Frühstück: z.B. 1 Brötchen mit magerer Wurst, sowie eine Tasse Kaffee oder Tee!
danach **nichts mehr essen**! Anschließend nur noch klare + helle Getränke trinken, **aber davon viel (2-3 Liter),** wechseln Sie ab: helle Tees, Mineralwässer, klare Brühe/Gemüsebrühe (muss man sieben), Fruchtsaft ohne Fruchtfleisch, isotonische Sportgetränke, etc., also alles **was nicht dunkel, rot oder trübe ist**. Süßen ist erlaubt.

▸▸ Wir möchten, dass sie nun **(zwischen 17.30-18 Uhr)** 2 Tabletten Bisacodyl (liegen ihren Unterlagen bei) einnehmen**.**

**▸▸ Die erste Packung PLENVU, wird zwischen 19:00 und 19:30 Uhr getrunken.**

Trinken Sie Schluckweise (innerhalb 30 Minuten) die erste Dosis **PLENVU.**

Mischen Sie Dosis 1 mit 0,5 l Wasser. Verrühren Sie das Ganze, bis die Flüssigkeit nahezu klar ist.

**Trinken Sie danach weiterhin viel, noch ca. 1,5-2 Liter !**
**(Bitte Einverständniserklärung mit Datum unterschreiben, letzter Aufruf !!)**

## ❸ Am Tag der Untersuchung:

**Sie dürfen noch nicht essen**. Sie müssen weiterhin reichlich trinken. Trinken sie eine Tasse Tee
.

**▸▸ 4 Std.!! vor ihrem Termin die zweite Dosis PLENVU trinken**

Nehmen/kauen Sie bitte nun die Kautabletten (Simeticon).Mischen Sie Dosis 2 (Beutel A+B) mit 0,5 l Wasser. Nochmals verrühren und innerhalb 30 min. trinken. Danach noch **1 Liter KLARE FLÜSSIGKEIT** trinken; Getränke siehe oben. Trinken Sie **auch viel Salzhaltiges (!)**, **nicht nur Leitungswasser**. Bewegen Sie sich viel !. Sie sollen weiter trinken, bis ca. eine Stunde vor dem Termin.
Der Darm ist erst gut sauber, wenn nur noch fast **klare, gelb-grüne Flüssigkei**t ohne feste Bestandteile kommt. Trinken Sie jedoch unbedingt weiter, falls der Reinigungseffekt nicht ausreicht. Dies kann insb. bei Ernährungsfehlern während der Vorbereitung und bei chronischer Verstopfung der Fall sein. Sollte ausnahmsweise die Reinigung nicht ausreichen, oder Sie andere Probleme beim Abführen haben, **rufen Sie uns an**.

## Wichtige Details auf der Rückseite, bitte dort unbedingt weiterlesen .....

*Ihr Untersuchungs-Termin:*

*Datum: .....*

*Uhrzeit: .....*

**Variante:**
**PEG- Lösung,**
**PLENVU**


**MVZ Ehingen, ZP Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie

Brennerstraße 1
89165 Dietenheim
Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495
e-mail: mvzehigastro.info@adk-gmbh.de
Internet: www.mvz-dietenheim.de


**Sehr Wichtig !**

ⓘ ▸ **Bitte benutzen Sie zuletzt dann keine fetthaltige Creme mehr zur Afterpflege, um die Endoskop-Optik nicht durch Linsenverschmutzung zu beeinträchtigen!**

ⓘ ▸ **Bitte lassen Sie sich zur Untersuchung fahren. Erhalten Sie eine „Schlaf-Spritze", so sind Sie nach der Untersuchung (und den Rest des Untersuchungstages) in Ihrer Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt und deshalb nicht verkehrstüchtig.**

ⓘ ▸ **Tragen Sie dafür Sorge, dass sich an diesem Tag ggf. ein(e) Angehörige(r) um Sie kümmern kann.**

ⓘ ▸ **Bringen Sie bitte zu Ihrem Termin 2 große Badetücher mit !**

ⓘ ▸ **Tragen Sie möglichst ein Kurzarm - Shirt !**

## Sollten Sie im Verlauf der Vorbereitung Probleme haben .....

1) **Rufen Sie uns im Zweifelsfall an. Sie können auch eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, wir rufen Sie baldmöglichst zurück.**
2) **Ist Ihnen sehr übel, mussten Sie erbrechen: versuchen Sie trotzdem, zunächst alles weiter so zu machen, wie vorgesehen. Nehmen Sie möglichst Mineralstoffhaltige und Salzhaltige Getränke zu sich, nicht nur reines (Leitungs-) Wasser !**
3) **Haben Sie Kopfschmerzen bekommen: Paracetamol ist erlaubt, bei starken Schmerzen auch ausnahmsweise Ibuprofen oder Diclofenac.**
4) **Sind Sie bis ca. 1-2 Stunden vor Ihrem Termin mit dem Ergebnis der Reinigung NICHT zufrieden, ist die entleerte Flüssigkeit noch sehr trübe, oder sogar richtig Materialhaltig (siehe Vorgaben oben), so kommen Sie bitte unbedingt bereits ca. eine Stunde vor Ihrem Termin schon zu uns in die Praxis. In der Regel finden wir gemeinsam Lösungen vor Ort (z.B. einen Einlauf).**

## Und abschließend noch ein Hinweis in eigener Sache, mit der Bitte für Ihr Verständnis:

Wir bemühen uns sehr, Ihren Termin einzuhalten, und ohne Verspätung zu arbeiten, in unserem beiderseitigen Interesse. Die für Ihre Darmspiegelung eingeplante Zeit orientiert sich an Durchschnitts- und Erfahrungswerten.

Aber wir wissen nie im Voraus, ob IHR DARM schwierigere Schleifen mit höherer Passagezeit aufweist, ob durch eine eingeschränkte Reinigung mehr Aufwand für Abspülen und Absaugen entsteht,
**und vor allem wissen wir vorher nicht, ob überhaupt (in ca. 30 %), und wie viele Polypen/Adenome vorhanden sind**, die ja dann mit entsprechendem Zeitaufwand, und vor allem für jeden Patienten, **also auch für SIE**, mit stets gleichbleibender Sorgfalt und Aufmerksamkeit entfernt werden müssen.
Deshalb kann es leider auch, im Verlauf eines langen Arbeitstages, kumulativ zu Verspätungen kommen, die nicht mehr zu kompensieren sind. Auch der Reinigungs- und Desinfektionsprozess für die Endoskope kann nicht verkürzt werden. Zusätzlich werden dann auch oft unsere Pufferzeiten durch Notfälle ausgefüllt.

**Wir hoffen und wünschen uns, dass die Kenntnis dieser Aspekte, Ihr Verständnis und Ihre Akzeptanz für nicht vermeidbare Verspätungen erhöht, wenn Sie es sind, die oder der davon betroffen ist.**

♥ ♥ ♥ ♥ ♥

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach

Brennerstraße. 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind gerade dabei, sich zu einer endoskopischen Untersuchung,

einer ☐ Darmspiegelung (Coloskopie) oder

einer ☐ **k**ombinierten Magen- und Darmspiegelung

in unserer Praxis für Gastroenterologie anzumelden. Um sich bestens vorbereiten zu können, erhalten Sie von unserem Praxis-Team alle notwendigen Informationen und Unterlagen. Wesentlichster Bestandteil ist das Aufklärungsformular zu dieser Untersuchung. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Durchführung.

Aber Sie erhalten auch weitere wichtige Informationen, insb. zur Vorbereitung, und Risiko-Abschätzung (Fragebogen), die für uns wichtig sind.

Gleichzeitig steht Ihnen das Recht auf ein gesondertes persönliches Aufklärungsgespräch zu.

**Wenn Sie sich jedoch gut informiert fühlen und deshalb keine zusätzlichen Erläuterungen benötigen, können Sie jederzeit von Ihrem Recht Gebrauch machen, auf dieses zeitlich getrennte Aufklärungsgespräch zu verzichten.**
Auf jeden Fall haben Sie Gelegenheit, direkt vor der Untersuchung, mit der durchführenden Ärztin / dem durchführenden Arzt zu sprechen und Ihnen wichtige Fragen zu stellen.

**Ich erkläre hiermit meinen Verzicht auf ein zeitlich getrenntes Aufklärungs-Gespräch mit einem der in der Praxis tätigen Fachärzte für Innere Medizin, Gastroenterologie.**

✖_____
**Name, Vorname**

**Dietenheim, den** .....

✖_____
**Unterschrift**

mvz
medizinisches
versorgungszentrum
ehingen

# 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

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

➤.....

**MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim**
Facharztpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie,
Dr. med. G. Herold, M. Braun, Dr. med. J. Schwarzbach & Kollegen

Brennerstraße. 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

# Patienten-Erklärung

Ich bin im Zusammenhang mit der bei mir bevorstehenden endoskopischen Untersuchung darüber informiert worden: 1) dass die Möglichkeit besteht, zu (ggf. auch noch während) der Untersuchung eine Beruhigungs- / „Schlaf-„ Spritze (Sedierung) zu erhalten, wodurch die Untersuchung meist wesentlich angenehmer ist. Und 2), dass in diesem Fall mindestens für den verbleibenden Tag, in der Regel bis zum darauf folgenden Morgen, eine Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit und **insb. der Verkehrstüchtigkeit** vorliegt. Deshalb kann ich danach nicht selbst Auto fahren, und werde mich durch untengenannte(n) Angehörige(n) abholen lassen, die/der sich dann auch danach ggf. noch etwas um mich kümmern kann.
Den Patienten-Fragebogen, **zur Risiko-Einschätzung**, habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass bei bestimmten Eingriffen (z.B. Polypenentfernung), ein zwar sehr geringes, aber grundsätzliches Risiko einer Verletzung der Darmwand und / oder einer Nachblutung besteht.
Ich verspreche deshalb, dass ich mich bei unklaren gesundheitlichen Situationen, eventuell neu auftretenden oder anhaltenden Bauchschmerzen, oder massivem Blutabgang, die möglicherweise auch erst Stunden oder Tage später auftreten, sofort mit meinem Hausarzt, mit dem MVZ Ehingen, Zweigpraxis Dietenheim, oder GLEICH mit der Chirurgie- (Innere-) Abteilung des mir nächstgelegenen **geeigneten** Krankenhauses (z.B. KH Blaubeuren (073441700), Stiftungsklinik Weißenhorn (07309 8700) oder Neu-Ulm (0731 8040), Klinikum Memmingen (08331 700), Sanaklinik Biberach (07351 550), Uniklinik Ulm (0731 5000) oder BwKh Ulm (0731 17100)) in Verbindung setzen werde. Die Telefonnummern sind mir bekannt. Ich bin auch mit einer an den Eingriff anschließenden, stationären Überwachung einverstanden, falls der behandelnde Arzt, dies aufgrund des Verlaufs des Eingriffs für notwendig erachtet.
Nach einer Untersuchung mit „Schlafspritze“ werden Sie noch einige Zeit in unserem Ruheraum verbringen, und dabei zu **Ihrer Sicherheit** weiterhin überwacht werden. Hierzu dienen Monitore zur Messung von Puls und Sauerstoffsättigung. Unser Medizinisches Personal wird immer wieder direkt nach den Patienten schauen, zur Sicherheit werden Sie **zusätzlich per Kamera** beobachtet. Die Aufzeichnungen stehen nur dem Personal in der Praxis zur Verfügung, sie werden nicht gespeichert. Die Abschaltung der Überwachung muss vom Patienten ausdrücklich gefordert werden.

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

Patient: .....
(Name, Vorname, **in Druckbuchstaben** !)

×_____
Unterschrift Patient(in)

**Angehörige(r) (= Abholer / Fahrer !!)**:

| | | |
|---|---|---|
| ❒ Ehepartner | ❒ Sohn | ❒ Schwester |
| ❒ Vater | ❒ Tochter | ❒ Bruder |
| ❒ Mutter | ❒ Freund/Freundin | ❒ Sonstige(r) Verwandte(r)/ Bekannte(r) |

Tel. Angehörige(r) (Abholer / Fahrer): .....

**Abhol-Datum/Uhrzeit:**

x_____
(Name, Vorname ABHOLENDE(R)), **in Druckbuchstaben** !)

×_____
Unterschrift **Abholer(in)**

## FESTE TERMINVEREINBARUNG / TERMINVERSÄUMNIS / BEREITSTELLUNGSHONORAR

Sehr geehrte Patienten,

1. Sie haben einen Termin für eine Koloskopie (Darmspiegelung) und / oder Gastroskopie (Magenspiegelung), oder auch eine andere Untersuchung erhalten.

2. Sie verpflichten sich, den Behandlungstermin pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d. h. spätestens 24 Werktags-Stunden vor einer geplanten Gastroskopie, oder auch anderen Untersuchungen, bzw. 48 Werktags-Stunden vor einer geplanten Koloskopie oder kombinierten Gastro- / Koloskopie abzusagen. Termine am Montag sind bis spätestens Freitag 12:00 Uhr der vorausgehenden Woche abzusagen. Absagen können telefonisch, schriftlich, mündlich, per Fax oder E-Mail erfolgen. Entscheidend ist der Zugang der Absage in unserer Praxis.

3. In gastroenterologischen Praxen wird aufgrund der Zeitgebundenheit der Untersuchungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet und es wird zu jedem Termin nur ein Patient/eine Patientin einbestellt. Der Termin wird insofern nur für diese Person freigehalten und kann bei einer kurzfristigen Absage nicht anders vergeben werden. Bei einer Terminabsage entgegen den Vorschriften nach Absatz 2 wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in unten aufgeführter Höhe berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

4. Im Falle von unverschuldetem Nichterscheinen besteht für Sie selbstverständlich die Möglichkeit der Vorlage eines ärztlichen Attestes im Falle einer Erkrankung. Ein solches kann, gerade bei Unfällen auf dem Weg in die Praxis, natürlich nachgereicht werden. Im Falle von Einwirkungen höherer Gewalt, welche es unmöglich machen, den Termin in unserem Haus wahrzunehmen, sind Sie selbstverständlich von o. g. Vereinbarung befreit.

| | | |
|---|---|---|
| **bei Absage, bzw. Nicht-Erscheinen zur vereinbarten Koloskopie (GOÄ; 687, F 1,5)** | **€** | **131,15** |
| **bei Absage, bzw. Nicht-Erscheinen zur vereinbarten Gastroskopie (GOÄ; 685, F 1,0)** | **€** | **78,69** |
| **Nicht-Erscheinen zur vereinbarten Sonographie (GOÄ; 410, F 1,5)** | **€** | **17,50** |
| **Nicht-Erscheinen zur vereinbarten Enddarm-US (GOÄ; 690 F 1,5)** | **€** | **30,60** |
| **Nicht-Erscheinen zur vereinbarten Sprechstunde (GOÄ; 3, F 1,8)** | **€** | **15,83** |

Sofern Sie sich einmal überlegen, wie groß der gesamte Aufwand ist, der sich hinter einer solchen Untersuchung verbirgt (incl. Geräteaufbereitung), werden Sie sicher dafür Verständnis aufbringen, dass hierbei auch betriebswirtschaftliche Überlegungen eine Rolle spielen müssen. Vergleichen Sie bitte hierzu ggf. auch die Entscheidung des Amtsgerichtes Hannover; Az.: Landg. Hannover, 19 S 34/97 („Kommt ein Patient unentschuldigt nicht, steht dem Arzt ein Ausfallshonorar zu“).

**Bitte berücksichtigen Sie dies bereits bei Ihrer Terminvereinbarung.**

5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

_____

Termin Name, Vorname Unterschrift Patient