

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

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 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 / **Störung der Blutgerinnung** bekannt
?, wenn ja welche:

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

Haben Sie / hatten Sie ohne Einnahme 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 ?,
(ohne trockene Luft, Schnupfen oder starkes Schneuzen) Ja Nein

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

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

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

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

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

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:	<input checked="" type="checkbox"/> Magenspiegelung
Geboren:	(Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 weit- aus 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-Beißschuttrings 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!** **Frage 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

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. Polypentfernung), 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** !)

x _____

Unterschrift Patient(in)

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

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Schwester |
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Bruder |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Freund/Freundin | <input type="checkbox"/> Sonstige(r) Verwandte(r)/ Bekannte(r) |

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

Abhol-Datum/Uhrzeit:

x _____

(Name, Vorname ABHOLLENDE(R)), **in Druckbuchstaben** !)

x _____

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