

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**

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

Information über die Gummiring-Abbindung von Hämorrhoiden (RBL) + Mastdarmschleimhaut und ihre möglichen Komplikationen

Bei der Gummiring-Abbindung (**Ringband-Ligatur nach Barron, RBL**) wird über eine größere – meist zweit- oder seltener drittgradige – Hämorrhoid ein kleiner elastischer Gummiring (Latex-frei) gestülpt. Dieser lässt das abgebundene Gewebe absterben und fällt dann nach 4-8 Tagen – meist unbemerkt – mit diesem Hämorrhoidalgewebe ab. Hierdurch ist nun das Hämorrhoidalgewebe deutlich verkleinert. In der Regel sind zwei oder mehrere Anwendungszyklen erforderlich. Die entstandene Abstoßungswunde 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 bis ca. einen Tag (selten mehrere Tage) lang 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** möglichst

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

Die Gummiring-Abbindung erfordert keine Schmerzbetäubung. In aller 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.

Über diese Behandlung wurde ich von Dr. Herold hiermit umfassend aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Behandlung (nur falls erforderlich) ein.

Patientenname (Name, Vorname in Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift des Patienten

ggf. Unterschrift des Arztes

➔ Wichtige Empfehlung !!!!!!!!!!!

Laut Regelwerk/Gebührenordnung (EBM) darf pro Sitzung nur noch **eine** RBL gesetzt und abgerechnet werden. Das hat mehrere Sitzungen mit viel Termin-Zeitaufwand und Untersuchungs-Belastung zur Folge. Regelmäßig würde ich 2, evtl. auch 3 RBL's setzen. Meist sind 2-4 erforderlich, so dass sich der Aufwand für Sie durch mehr RBL's pro Sitzung auf jeden Fall halbieren lässt.

Ich biete Ihnen deshalb zusätzliche RBL's in der gleichen Sitzung als Zusatzleistung an. Bitte verlangen Sie bei Interesse unser IGeL-Verzeichnis.

Ich möchte keine IGeL-Leistung in Anspruch nehmen

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