

BITTE AN
UNS ZURÜCK!



MAGENSPIEGELUNG

ANAMNESE UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ANAMNESE (Krankenvorgeschichte) bitte sorgfältig ausfüllen.

Patient/in _____ geb. _____

1. Sind Sie Raucher/in? Ja Nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? _____

2. Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder nehmen andere Drogen? Ja Nein

Wenn ja, was und wie viel täglich? _____

3. Wie groß sind Sie? _____

4. Wie ist Ihr Gewicht? (bitte nicht schummeln) _____

5. Ist bei Ihnen eine Allergie gegen bestimmte Medikamente, Sulfite, Soja- oder Hühnereiweiß oder ein Narkosemittel bekannt? Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Wenn ja, wogegen? _____

6. Bestehen bei Ihnen eine Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

7. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung Ja Nein

beeinflussen? (z.B. ASS/Aspirin über 100 mg tgl., Clopidogrel/Plavix,

Marcumar/Falithrom, Pradaxa/ Xarelto/ Eliquis /Lixiana oder Ginkgo?

Wenn ja, legen Sie uns zur Spiegelung die Entscheidung

Ihres verordnenden Arztes über das mögliche Pausieren der

Medikamente vor (mitgegebener Brief).

Tag der letzten Einnahme: _____

8. Leiden Sie an Leberzirrhose und damit an einem erhöhten Blutungsrisiko? Ja Nein

9. Haben Sie einen grünen Star (Glaukom) der Augen? Ja Nein

10. Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS)? Ja Nein

11. Leiden Sie an:

- einer Herz-, Kreislauferkrankung? Ja Nein
- an einer Lungenerkrankung? Ja Nein
- an einer neurologischen Erkrankung? Ja Nein
- an einer Tumorerkrankung? Ja Nein
- an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung, wann erlitten bzw. seit wann?

12. Nehmen Sie ständig Medikamente, auch Schmerzmedikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? Am besten heften Sie Ihren Medikamentenplan an.

13. Nehmen Sie Magentabletten? Ja Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

14. Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie zur Magenspiegelung überwiesen worden? Wann (Tageszeit, vor oder nach dem Essen, nach best. Speisen) und seit wann haben Sie die Beschwerden?

15. Haben Sie lose Zähne oder Zahnersatz? Ja Nein

16. BEI FRAUEN:

- Könnten Sie schwanger sein?
- Stillen Sie?

Ja Nein

Ja Nein

Bitte weisen Sie uns AUCH auf Ihnen bekannte Risiken hin, nach denen nicht gefragt wurde!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Bitte die Erklärung erst nach Studium aller Informationen, wenn Sie keine weiteren Fragen haben und wenn Sie nach gründlichem Überlegen mit der Untersuchung einverstanden sind, unterschreiben.

Ich habe die Patienteninformation, den Aufklärungsbogen über mögliche Komplikationen und den Nachsorgebogen erhalten. Ich habe alle Informationen inhaltlich voll verstanden.

Die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Ich weiß, dass ich nach Gabe eines Narkose- oder Beruhigungsmittels die Praxis nur in Begleitung und nach Entlassung durch den Arzt verlassen darf, dass ich am Untersuchungstag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen und keinen Alkohol trinken darf und dass ich keine wichtigen Entscheidungen treffen kann.

Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit. →

Ein persönliches Gespräch mit dem Arzt wird vor der Spiegelung erfolgen. Auf Grund der Minderschwere des Eingriffs verzichte ich auf ein Aufklärungsgespräch 24 Stunden oder länger vor der Spiegelung.

.....

Ich willige ein:

- in die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms.
- einer Entnahme von Gewebe und ihrer histologischen Untersuchung.
- in evtl. Folgeeingriffe beim Auftreten von Komplikationen, falls ein sofortiges Eingreifen erforderlich sein sollte.
- in die Meldung an das Krebsregister bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung oder ihrer Vorstufe.

Berlin, den Unterschrift:

.....

Ich willige ein, in die Injektion eines Narkotikums und bin mir über die zusätzlichen Risiken bewusst.

Berlin, den Unterschrift:

Wir sind von den Krankenkassen beauftragt worden, Ihre Befunde Ihrem Hausarzt zu übermitteln. Wenn Sie damit einverstanden sind, teilen Sie uns hier bitte seine Daten mit (entfällt bei Überweisung vom Hausarzt) und unterzeichnen.

NAME, VORNAME DES HAUSARZTES:

FACHARZTBEZEICHNUNG:

STRASSE:

PLZ UND ORT:

TELEFONNUMMER:

Berlin, den

Unterschrift:

WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT:

ASA des Pat.:

Untersucher:

WIRD VOM MED. FACHPERSONAL AUSGEFÜLLT:

Praxisgerätenummer:

Ass1:

Ass2: