

BITTE AN  
UNS ZURÜCK!



## DARMSPIEGELUNG

ANAMNESE UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FACHARZTPRAXIS FÜR GASTROENTEROLOGIE DR. MED. CORDULA BARTEL-KOWALSKI & DR. MED. RAINER SPEDA

## 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 gelegentlich Alkohol oder nehmen andere Drogen, leiden Sie an einer Suchterkrankung?** 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, Antibiotika, Kontrastmitteln, Jod, Pflaster, Latex und Narkosemittel bekannt?** Ja  Nein   
(Legen Sie am einfachsten Ihren Allergiepass vor.)

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

**6. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen** Ja  Nein   
(z.B. ASS/Aspirin mehr als 100 mg, Clopidogrel/Plavix, Marcumar/Falithrom, Pradaxa/Xarelto/Eliquis/Lixiana, Ginkgo oder andere hier nicht genannte?)

Wenn ja, legen Sie uns die Entscheidung Ihres verordnenden Arztes über das mögliche Pausieren der Medikamente vor der Darmspiegelung (mitgegebener Brief) vor.

**Tag der letzten Einnahme:** \_\_\_\_\_

**7. Nehmen Sie häufig Schmerzmedikamente?** Ja  Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

**8. Nehmen Sie ständig andere Medikamente ein?** Ja  Nein

Bitte im Einzelnen und vollständig aufführen oder Ihren

Medikamentenplan anheften:

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

**10. Leiden Sie an:**

- einer Herz-, Kreislauferkrankung? Ja  Nein

- einer Lungenerkrankung? Ja  Nein

- einer neurologischen Erkrankung? Ja  Nein

- einer Krebserkrankung? Ja  Nein

- einer Nierenerkrankung? Ja  Nein

- einer Leberzirrhose und damit an einem erhöhten

Blutungsrisiko?

- einer chronisch infektiöse Erkrankung (z.B. Hepatitis, AIDS)? Ja  Nein

- neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie, Lähmungen, Ja  Nein

Depressionen, Morbus Parkinson, MS, ALS? Ja  Nein

- einer Bluterkrankung (z.B. häufiges Nasenbluten, Ja  Nein

auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken

ohne Ursache, Blutarmut) oder besteht eine Bluterkrankung

in der Familie?

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

**11. Sind Sie Diabetiker?**

Ja  Nein

Wenn ja, spritzen Sie Insulin?

Ja  Nein

**12. Wurden bei Ihnen bereits Operationen an Magen, Darm, Gallenblase, Leber, Lunge, Herz, gynäkologische, urologische oder andere schwere OP durchgeführt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

**13. Wurde Ihnen eine Gelenkendoprothese, ein Herzschrittmacher, eine Herzklappe oder ein anderes künstliches Implantat eingepflanzt?**

Ja  Nein

Wenn ja, was?

**14. Haben Sie einen Herzpass?**

Ja  Nein

Wenn ja, dann bitte zur Untersuchung mitbringen.

**15. Leiden Sie an Stridor (krankhafte Atemgeräusche durch Verengung der Luftwege), starkem Schnarchen oder am Schlaf-Apnoe-Syndrom?**

Ja  Nein

**16. Tragen Sie losen Zahnersatz?**

Ja  Nein

**17. Haben Sie vorstehende, lockere oder abgebrochene Zähne?**

Ja  Nein

**18. Leiden Sie an Missbildungen des Mundraumes oder einer kleinen Mundöffnung unter 3 cm?**

Ja  Nein

**19. Hat es bei früheren Narkosen Unverträglichkeiten oder Zwischenfälle gegeben?**

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

**20. Hatte oder hat ein naher Verwandter von Ihnen Darmkrebs?**

Ja  Nein

Wenn ja, welches Verwandtschaftsverhältnis besteht?

**21.** Haben Sie jetzt oder hatten Sie in letzter Zeit veränderte Stuhlgewohnheiten, Verdauungsbeschwerden, Unter- oder Oberbauchschmerzen, Schmerzen im Enddarm bzw. im Analfbereich oder haben Sie Blut oder Schleimabgänge beobachtet? Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art und Intensität sind oder waren die Beschwerden, wann und wie oft sind sie aufgetreten?

\_\_\_\_\_

**22.** Hatten Sie in den letzten Wochen oder Monaten einen Gewichtsverlust, der sich nicht durch geänderte Ernährungsgewohnheiten oder mehr Bewegung erklären lässt? Ja  Nein

Wenn ja, wie viel Gewicht haben Sie in welchem Zeitraum verloren?

\_\_\_\_\_

**23.** Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre zur Krebsvorsorge bei Ihrem Hausarzt, Gynäkologen oder Urologen? Ja  Nein

**24.** Wurde bei Ihnen eine Untersuchung auf verstecktes (okkultes) Blut im Stuhl mittels eines immunologischen Tests (FOB-Test) durchgeführt? Mit welchem Ergebnis? Ja  Nein

- positiv, d.h. mit Befund

- negativ, d.h. ohne Befund

**25.** Wurde eine Untersuchung auf das Enzym M2PK durchgeführt? Mit welchem Ergebnis? Ja  Nein

- positiv, d.h. mit Befund

- negativ, d.h. ohne Befund

**26.** Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**27. Wurde eine behandlungs- oder kontrollbedürftige Erkrankung festgestellt?** Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

Bringen Sie nach Möglichkeit die Befundberichte mit. Befunde, die bei uns erhoben wurden, liegen uns vor.

**28. Haben sich während oder unmittelbar nach der Spiegelung Komplikationen ergeben oder wurden Besonderheiten festgestellt?** Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

**29. Musste eine frühere Endoskopie schon mal frühzeitig abgebrochen werden?**

Wenn ja, wissen Sie warum?

**30. BEI FRAUEN:**

- Könnten Sie schwanger sein? Ja  Nein

Wenn ja, in welcher SSW ?

- Stillen Sie? Ja  Nein

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



Wir haben in unserer Praxis für Sie zur Sicherung des Behandlungserfolges ein RecallSystem eingeführt.

Wir erinnern Sie telefonisch an die empfohlene Kontrolluntersuchung. **Sind Sie mit dem Anruf einverstanden?**

Ja  Nein

# 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.

Patient/in \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Ich habe die Patienteninformation, den Aufklärungsbogen über mögliche Komplikationen und den Nachsorgebogen mindestens 24 Stunden vor der geplanten Spiegelung erhalten. Ich habe alle Informationen inhaltlich voll verstanden. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Ich weiß, dass ich die Praxis nur in Begleitung und nach Entlassung durch den Arzt verlassen darf, dass ich 24 Stunden 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 Injektion eines Narkotikums und bin mir über die zusätzlichen Risiken bewusst.**

Berlin, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

.....  
**Ich willige ein in:**

- die Spiegelung des gesamten Dickdarms bis in das Ileum (Beginn des Dünndarms)
- die Entnahme von Gewebeproben bei makroskopisch oder klinisch auffälligen Befunden
- die Abtragung von Polypen

- evtl. Folgeeingriffe beim Auftreten von Komplikationen, falls ein sofortiges Eingreifen erforderlich sein sollte
- die Meldung an das Krebsregister Berlin und Brandenburg bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung oder ihrer Vorstufe

Berlin, den [ ] Unterschrift: [ ]

.....

**Wir sind von den Krankenkassen beauftragt worden, Ihre Befunde Ihrem Hausarzt zu übermitteln. Wenn Sie mit der Befundmitteilung an Ihren Hausarzt einverstanden sind, teilen Sie uns hier bitte seine Daten mit (entfällt bei Überweisung vom Hausarzt).**

**Bitte unterzeichnen, wenn Sie einverstanden sind!**

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: [ ]