

BITTE AN
UNS ZURÜCK!



MAGENSPIEGELUNG

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

Wie viele Zigaretten pro Tag _____

2. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Durchschnittliche Menge pro Woche _____

3. Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Welche und wie häufig? _____

4. Wie groß sind Sie? _____

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

6. Ist bei Ihnen eine Allergie gegen bestimmte Medikamente, Sulfite, Soja- oder Hühnereiweiß oder ein Narkosemittel bekannt? Ja Nein

Wogegen? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? 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:

- einer Herz-, Kreislaufkrankung? 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? Ja Nein
- einer chronisch infektiöse Erkrankung (z.B. Hepatitis, AIDS)? Ja Nein
- neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie, Lähmungen,
Depressionen, Morbus Parkinson, MS, ALS? Ja Nein
- einer Bluterkrankung (z.B. häufiges Nasenbluten,
auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken
ohne Ursache, Blutarmut) oder besteht eine Bluterkrankung
in der Familie? Ja Nein

- grünem Star (Glaukom) der Augen? Ja Nein

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung/en und den Diagnosezeitpunkt an:

9. Nehmen Sie ständig Medikamente (auch Schmerzmedikamente) ein?

Ja Nein

Bitte geben Sie die Substanzen und die Dosierung an:

Am besten heften Sie Ihren Medikamentenplan an.

10. BEI FRAUEN:

- Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein
- Stillen Sie? Ja Nein

11. Haben Sie lose Zähne oder Zahnersatz?

Ja Nein

12. Nehmen Sie Magentabletten?

Ja Nein

Bitte geben Sie die Substanz und die Dosierung an?

13. Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie zur Magen-
spiegelung überwiesen worden?

Art der Beschwerden:

Lokalisation:

Zeitpunkt und Dauer:

Beschwerden seit wann:

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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Ich habe die Patienteninformation, den Aufklärungsbogen über mögliche Komplikationen) und den Nachsorgebogen (Verhalten nach der Untersuchung) erhalten. Ich habe alle Informationen inhaltlich richtig 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, 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 möglichen 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: []

STRASSE: [] PLZ UND ORT: []

Berlin, den [] Unterschrift: []

WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT:

Persönliche Aufklärung am: [] um: []

Berlin, den [] Unterschrift: []

.....

ASA des Pat.: [] Untersucher: []

WIRD VOM MED. FACHPERSONAL AUSGEFÜLLT:

Praxisgerätenummer: []

Ass1: [] Ass2: []