



**GASTROENTEROLOGIE**  
BERLIN NORD

BITTE AN  
UNS ZURÜCK!



## DARMSPIEGELUNG

ANAMNESE UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FACHARZTPRAXIS FÜR GASTROENTEROLOGIE

DR. MED. CORDULA BARTEL-KOWALSKI

DR. MED. SABINE KURKA

**ANAMNESE** (Krankenvorgeschichte) bitte sorgfältig ausfüllen.

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

1. Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_

2. Wie ist Ihr Gewicht? (bitte nicht schummeln) \_\_\_\_\_

3. Sind Sie Raucher/in? Ja  Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

4. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja  Nein

Durchschnittliche Menge pro Woche oder pro Tag \_\_\_\_\_

5. Konsumieren Sie Drogen? Ja  Nein

Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Wogegen? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein

7. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung  
 beeinflussen? (z.B. ASS/Aspirin über 100 mg tgl., Clopidogrel/Plavix,  
 Marcumar/Falithrom, Pradaxa/ Xarelto/ Eliquis /Lixiana oder Ginkgopräparate?  
 Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit, wie der verordnende Arzt über  
 die Pausierung entschieden hat (siehe ausgehändigter Brief).

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

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

**8. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

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

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung/en und den Diagnose-  
 zeitpunkt an: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- grüner Star (Glaukom) der Augen? Ja  Nein

9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (auch Schmerz-  
 medikamente) ein? Ja  Nein

Bitte geben Sie die Substanzen und die Dosierung an:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Am besten heften Sie Ihren Medikamentenplan an.*

10. Sind Sie Diabetiker? Ja  Nein

4

Wenn ja, spritzen Sie Insulin? Ja  Nein

11. Wurden bei Ihnen bereits Operationen an Magen, Darm, Gallenblase, Leber, Lunge, Herz, gynäkologische, urologische oder andere schwere Operationen durchgeführt? Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

12. Wurde Ihnen eine Gelenkendoprothese, ein Herzschrittmacher, eine Herzklappe oder ein anderes künstliches Implantat eingepflanzt? Ja  Nein

Wenn ja, was?

13. Haben Sie einen Herzpass? Ja  Nein

Wenn ja, dann bitte zur Untersuchung mitbringen.

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

15. Tragen Sie losen Zahnersatz? Ja  Nein

16. Haben Sie vorstehende, lockere oder abgebrochene Zähne? Ja  Nein

17. Leiden Sie an Missbildungen des Mundraumes oder einer kleinen Mundöffnung unter 3 cm? Ja  Nein

18. Hat es bei früheren Narkosen Unverträglichkeiten oder Zwischenfälle gegeben? Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

19. Hatte oder hat ein naher Verwandter (z.B. Eltern, Geschwister) von Ihnen Darmkrebs? Ja  Nein

Wenn ja, welches Verwandtschaftsverhältnis besteht?

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

5

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

21. 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?

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

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

- positiv, d.h. mit Befund

- negativ, d.h. ohne Befund

24. Wurde eine Untersuchung auf das Enzym M2PK durchgeführt? Mit welchem Ergebnis?

- positiv, d.h. mit Befund

- negativ, d.h. ohne Befund

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

Wenn ja, wann?

26. 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.

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

Wenn ja, welcher Art?

28. Musste eine frühere Endoskopie schon mal frühzeitig abgebrochen werden? Ja  Nein

Wenn ja, wissen Sie warum?

29. 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 bei relevanten Befunden an die Kontrolluntersuchung. Wir weisen jedoch darauf hin, dass Sie als Patient für die Einhaltung des von uns empfohlenen Kontrolltermins eigenverantwortlich sind.

Sind Sie mit dem Anruf einverstanden? Ja  Nein

## 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.

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, keinen Alkohol trinken darf und keine wichtigen Entscheidungen treffen kann. Ich benötige keine zusätzliche Bedenkzeit.

Ein persönliches Gespräch mit dem Arzt wird mindestens 24 Stunden vor der Spiegelung erfolgen. Sollte dies bei mir terminlich nicht möglich sein, verzichte ich auf Grund der Minderschwere des Eingriffs 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 und 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:

[ ]

STRASSE: [ ] PLZ UND ORT: [ ]

Berlin, den [ ] Unterschrift: [ ]

**WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT:**

Persönliche Aufklärung am: [ ] um: [ ]

Video gesehen: [ ] keine weiteren Fragen: [ ]

Berlin, den [ ] Unterschrift: [ ]

ASA des Pat.: [ ] Untersucher: [ ]

**WIRD VOM MED. FACHPERSONAL AUSGEFÜLLT:**

Praxisgerätenummer: [ ] Ass: [ ]