

BITTE AN
UNS ZURÜCK!



MAGENSPIEGELUNG

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- Ja Nein

mente, Sulfite, Soja- oder Hühnereiweiß oder ein Narkosemittel bekannt?

Wogegen? _____

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 Ginkgopräparate?)

Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit, wie der verordnende Arzt über die Pausierung entschieden hat (siehe ausgehändigter Brief).

Tag der letzten Einnahme: _____

8. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Herz-, Kreislaufkrankung? 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 Diagnosezeitpunkt an:

- grüner Star (Glaukom) der Augen? Ja Nein

9. Nehmen Sie regelmäßig 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 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.
- evtl. Folgeeingriffe beim Auftreten von Komplikationen, falls ein sofortiges Eingreifen erforderlich sein sollte.
- 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: [REDACTED]

STRASSE: [REDACTED] PLZ UND ORT: [REDACTED]

Berlin, den [REDACTED] Unterschrift: [REDACTED]



WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT:

Persönliche Aufklärung am: [REDACTED] um: [REDACTED]

Berlin, den [REDACTED] Unterschrift: [REDACTED]



ASA des Pat.: [REDACTED] Untersucher: [REDACTED]



WIRD VOM MED. FACHPERSONAL AUSGEFÜLLT:

Praxisgerätenummer: [REDACTED]

Ass1: [REDACTED] Ass2: [REDACTED]