



Patientenname:

Indikation:

GASTROSKOPIETERMIN: am

um

Magenspiegelung (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)

Liebe Patientin, lieber Patient,
die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms ermöglicht es uns Ärzten Ihre Beschwerden näher einordnen und behandeln zu können. Wir benutzen ein biegsames optisches Instrument (Endoskop), welches durch die Mundhöhle bis in den Dünndarm vorgeschoben wird. Über das Endoskop können Gewebeproben entnommen und Polypen entfernt werden. Die Spiegelung kann trotz Rachenbetäubung als unangenehm empfunden werden, so dass wir auf Wunsch eine Kurznarkose durchführen. Alternativmethoden zur Magenspiegelung (Gastroskopie) sind nicht so aussagekräftig, werden Ihnen aber auf Wunsch gerne erläutert.

Risiken und Komplikationen:

Die Gastroskopie ist ein risikoarmes Routineverfahren, dennoch sind wir verpflichtet Ihnen folgende Risiken zu erläutern.

Selten:

Verletzungen der untersuchten Organe (Kehlkopf) mit Heiserkeit und Schluckbeschwerden. Allergische Reaktionen auf die injizierten Medikamente. Die Atemwegsfunktionen können bei der Kurznarkose so beeinträchtigt werden, dass auch bleibende Organschäden (z.B. an Gehirn, Niere) resultieren können.

Sehr selten:

Ein Durchbruch des Organes (Perforation), Blutung, Rippen- oder Bauchfellentzündung. Spritzenabszeß, späte Nachblutung, Infektion mit Blutvergiftung oder Herzinnenhautentzündung, Nervenschädigung durch die Lagerung.

Aufgrund der Überwachung von Kreislauf und Atmung während der Untersuchung sowie zertifizierter interner/externer Hygiene- und Qualitätskontrollen ist in unserer Praxis gewährleistet, dass die zuvor genannten Risiken minimal sind.

Untersuchungsablauf:

6 Stunden vor der Untersuchung müssen Sie nüchtern bleiben. Zähneputzen oder die Einnahme wichtiger Medikamente (mit wenig Flüssigkeit) ist möglich. Nach der Untersuchung verweilen Sie ca. noch eine Stunde in der Praxis. Nach einer Kurznarkose dürfen Sie 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder wichtige Entscheidungen treffen. Sie sollten sich von einer erwachsenen Person abholen lassen, die dann zu Hause noch eine gewisse Zeit bei Ihnen bleibt.

Nochmals das Wichtigste:

Bitte keine Angst vor der Untersuchung, wir sind ein routiniertes Team und wollen Ihnen die Untersuchung so angenehm wie möglich gestalten.

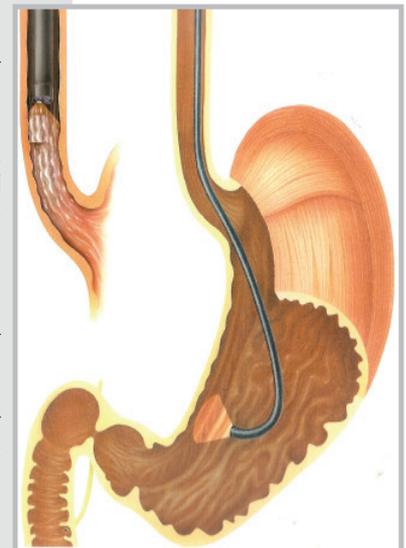
- nicht selber mit dem Auto fahren
- dieses Blatt unbedingt zur Untersuchung mitbringen
- bitte schon 15 Minuten vor dem Termin in der Praxis sein

Über die geplante Untersuchung wurde ich persönlich und ausreichend informiert. Dieses Merkblatt habe ich verstanden. Risiken und Folgeeingriffe durch Komplikationen wurden erläutert.

Köln, den

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient



Schillingsrotter Straße 39-41
50996 Köln

Telefon 0221.398 00-120
Telefax 0221.398 00-129

Internist@links-vom-rhein.de



Endo-DOC Rodenkirchen



Ihre persönliche Vorgeschichte

Um die oben erwähnten Risiken möglichst gering zu halten, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1. Besteht eine Bluterkrankung/erhöhte Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ärztliche Notiz _____ |
| 2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?
z. B. ASS/Iscover/Marcumar | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 3. Besteht eine Allergie z. B. auf Medikamente/Soja? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 4. Besteht eine Herz/Kreislauf- oder Lungenerkrankung?
z.B. Herzklappen, Schlaganfall, Angina pectoris,
Herzinfarkt, chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 6. Besteht eine andere chronische Erkrankung?
z.B. grüner Star, AIDS, Epilepsie, Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 7. Sind Stoffwechselerkrankungen bekannt ?
z.B. Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 8. Wurden Sie schon einmal im Bauchraum operiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 9. Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| 10. Zahnstatus (Prothese, lockere Zähne, Implantate) | | | _____ |
| 11. Welche Medikamente nehmen Sie? | | | _____ |

Vorbereitung: Worauf ist zu achten?

Bitte alle Ihre Medikamente weiternehmen, ausser die im folgenden aufgeführten:

Interner Risikocheck vor ÖGD

Blutdruck mm Hg Puls /min SO₂ %

Sedierungswunsch Begleitperson Heimweg

Diabetes: nein/ja Marcumar/Plavix/ASS: nein/ja

Allergien/Soja : nein/ja

Kürzel MFA

Interner Risikocheck nach ÖGD

Blutdruck mm Hg Puls /min SO₂ %

Orientierung

Kürzel MFA

