

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft		
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am								
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status					
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum					Stempel

Aufklärungsbogen Gastroskopie



- **Die Magenspiegelung** (Gastroskopie) ist die genaue Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm. Sie wird mit einem flexiblen Instrument durchgeführt und erlaubt die direkte, natürliche Betrachtung.
- **Gründe für die Untersuchung:** z.B. Engegefühl im Hals, Schluckstörungen, Sodbrennen, Schmerzen hinter dem Brustbein, längere Zeit bestehende "Bauch-" und/oder Magenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen von Blut oder "Kaffeesatz", chronische Durchfallerkrankungen, Gewichtsabnahme, Tumorsuche, Vor- und Nachsorgeuntersuchungen.
- **Voruntersuchung und Vorbereitung:** Voruntersuchungen oder eine spezielle Vorbereitung sind nicht notwendig. Die Untersuchung wird in der Regel vormittags erfolgen. Nehmen Sie am Abend vorher nur eine leichte Mahlzeit ein und bleiben Sie dann nüchtern.
- **Durchführung:** Vor der Untersuchung wird der Rachen mit einem Spray betäubt, sofern nicht eine Allergie gegen Betäubungsmittel besteht. Lose Zahnprothesen müssen entfernt werden. Ein Plastikbeißring zwischen den Zähnen verhindert die Beschädigung des empfindlichen Instrumentes. Bei Bedarf können Sie eine Beruhigungsspritze erhalten. Die Untersuchung dauert in der Regel nur wenige Minuten. Dabei können Gewebeproben zur feingeweblichen oder bakteriellen Untersuchung entnommen werden. 2 Stunden später können Sie wieder essen und trinken.
- **Sonderfall:** Bei schon bekannten Vorbefunden, z.B. Magenpolypen, können bei dieser Untersuchung auch endoskopische Eingriffe (Polypabtragungen) durchgeführt werden. In diesem Fall ist vorher eine Blutuntersuchung zur Bestimmung von Blutbild und Gerinnungswerten notwendig.
- **Juristische Aufklärung und Einverständnis:** Die Magenspiegelung ist heute eine Standardmethode. Bei Untersuchungen dieser Art treten selten Komplikationen auf. Ernste Komplikationen werden mit einer Häufigkeit von weniger als 1:10.000 bis 20.000 angegeben. Sie treten insbesondere bei Injektion eines Beruhigungsmittels auf, da diese Medikamente Atem- und Kreislauffunktionen beeinträchtigen können und Allergien auslösen können. Bei endoskopischen Eingriffen besteht ein höheres Risiko, eine Blutung auszulösen oder die Organwand zu tief zu verletzen. Wenn Sie zur Untersuchung eine Spritze erhalten, wird dadurch Ihr Reaktionsvermögen für ca. 24 Stunden beeinträchtigt. Während dieser Zeit sollten Sie kein Fahrzeug steuern und keine Maschinen bedienen.
- **Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.**

Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente? nein ja, gegen _____

Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? nein ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? nein ja Marcumar Aspirin andere

Haben Sie einen grünen Star (Glaukom) der Augen? nein ja _____

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionserkrankung? nein ja Hepatitis Aids andere

Wenn Sie noch Fragen haben oder weitere Einzelheiten wissen möchten, geben wir Ihnen gerne weitere Auskunft. _____
- **Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.**

Datum _____ Unterschrift Patient _____

Einverständnis zur Kurznarkose

Eine Kurznarkose mit Propofol „sanfte Endoskopie“ hat Vorteile wie raschen Wirkungseintritt, kurze Wirkdauer und Schmerzfreiheit, hat aber auch zusätzliche potentielle Risiken wie Blutdruckabfall, Herz-Kreislaufprobleme bis zum Atemstillstand mit intensivmedizinischer Überwachung und Versorgung.

Unser Endoskopieteam ist in der Kurznarkose geschult. Während der Kurznarkose werden ständig Blutdruck, Puls und Sauerstoffsättigung überwacht.

Nach der Untersuchung sind Sie für 12 Stunden juristisch nicht geschäftsfähig. Sie dürfen nicht am Straßenverkehr teilnehmen, auch nicht als Fußgänger oder bei Benutzung von Bus und Straßenbahn, es sei denn in Begleitung! Sie dürfen die Praxis grundsätzlich nur in Begleitung verlassen.

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden, es sind keine Fragen offen.
Eine Kopie ist nicht erforderlich.

Mannheim, der _____

Unterschrift Arzt: _____ Unterschrift Patient: X _____