

Aufklärung zur Magenspiegelung (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)

Liebe Patientin, lieber Patient,

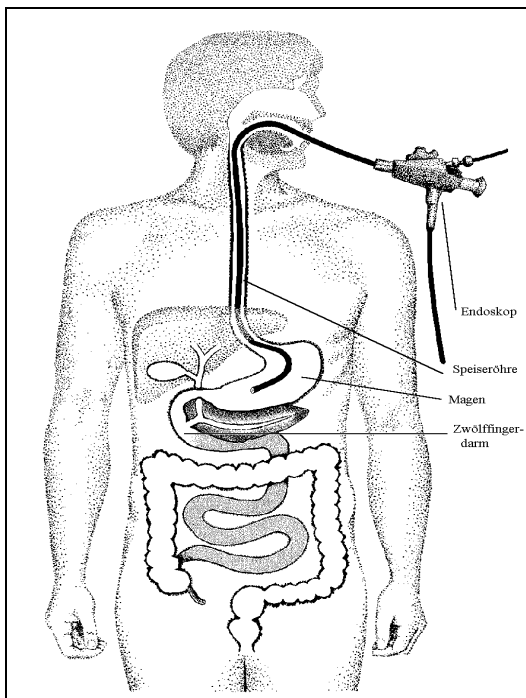
bei Ihnen soll eine Spiegelung des oberen Verdauungstraktes durchgeführt werden.

Notwendige Vorbereitung

Um den oberen Verdauungstrakt genau beurteilen zu können, muss dieser frei von Inhalt sein, d.h. ab 22⁰⁰ Uhr des Vorabends sollten Sie **keine Speisen** mehr zu sich nehmen und nicht rauchen. Ab 2⁰⁰ des Untersuchungstages nur noch kleine Schlucke trinken und zur Untersuchung nüchtern kommen, d.h. nicht rauchen, essen oder Medikamente nehmen. Sie werden eine venöse Verweilkanüle erhalten, um eine Sedierung erhalten und im Notfall rasch Medikamente spritzen zu können.

Durchführung der Untersuchung

Zur Untersuchung bekommen Sie ein Betäubungsgel in den Mund, um das Fremdkörpergefühl im Rachen zu nehmen. Ferner wird ihr Kreislauf und Ihre Atmung mit einem Fingerclip überwacht. Wir bieten grundsätzlich die Gabe einer Beruhigungsspritze an. Danach dürfen Sie an diesem Tag nicht mehr selber am Straßenverkehr teilnehmen. Bitte lassen Sie sich aus der Praxis abholen.



Für die eigentliche Untersuchung wird ein Endoskop durch die Mundhöhle in die Speiseröhre vorgeschoben. Während der Untersuchung ist das Schlucken von Speichel nicht mehr möglich. Bleiben Sie deshalb auf der linken Seite liegen und lassen die Spucke aus dem Mund herauslaufen. Auch ist das Sprechen nicht möglich!

Es werden dann Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm untersucht. Während der Untersuchung muss Luft in den Magen eingeblasen werden. Dadurch kann ein Völlegefühl mit Luftaufstossen auftreten.

Wenn es erforderlich ist, lassen sich während der Spiegelung Gewebeproben mit einer kleinen Zange entnehmen. Diese Gewebeentnahme ist schmerzfrei. Das gewonnene Material wird unter dem Mikroskop untersucht, das Ergebnis liegt uns nach etwa 5 Werktagen vor.

Mögliche Komplikationen

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um ein risikoarmes Routineverfahren. Trotzdem besteht, auch bei gewissenhafter Durchführung, ein geringes Restrisiko.

- Gelegentlich kommt es zu einer stärkeren Blutung z.B. durch die Entnahme einer Gewebeprobe.
- Extrem selten treten Organverletzungen (Zähne, Kehlkopf, Luftröhre, Magenwand) auf. Dies kann eine Operation notwendig machen.
- Extrem selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Beruhigungsmittel oder die Rachenbetäubung sowie Herz-Kreislaufkomplikationen oder eine Infektion auf.

Nach der Untersuchung

Nach der Untersuchung können Sie bei uns ausschlafen. Wegen der Rachenbetäubung dürfen Sie erst ½ Stunde nach der Untersuchung essen oder trinken (Gefahr des Verschluckens!).

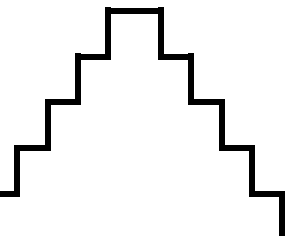
Haben Sie noch weitere Fragen?

Stellen Sie uns noch offene Fragen, wir beantworten Ihnen diese gerne.

INTERNISTISCHE PRAXIS AM MARKT

Drs. T. Röper – W. Gottsleben – M. Köhler – L. Nietfeld – H. Eden - T. Höbbel-Schnell

Internisten - Am Markt 3 - 30989 Gehrden - Tel.: 0 51 08/27 20 - Fax: 92 0 57 - www.internisten-gehrden.de



Dokumentation über Aufklärung und Einwilligung zur Ösophago-Gastro-Duodenoskopie

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

ASA-Klassifikation:

1	Gesunder Patient	
2	Leichte Erkrankung ohne Leistungseinschränkung	
3	Schwere Erkrankung mit Leistungseinschränkung	

vom Arzt auszufüllen!

Um das Untersuchungsrisiko gering zu halten, bitten wir um die Beantwortung folgender Fragen:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Sind Sie am Magen oder Darm operiert? Was: _____ | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | Besteht eine Allergie (Medikamente, Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Soja)? welche _____ ? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Gab es im Rahmen von OP's / Eingriffen starke Blutungen? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | Haben Sie eine kranke Herzklappe? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen (ASS, Marcumar, Clopidogrel, Pradaxa)? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | Besitzen Sie einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | Hatten Sie jemals eine Thrombose? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sind Infektionskrankheiten bekannt? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | Haben Sie längere Zeit Cortison eingenommen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | Nur Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |

- Den für mich bestimmten Informationsteil habe ich erhalten. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Meine Fragen zur Untersuchung wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.
- Mit den oben erwähnten zusätzlichen Untersuchungen (z.B. Probenentnahme) bin ich einverstanden.
- Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein. Falls ich eine Beruhigungsspritze bekomme, werde ich am Untersuchungstag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
- Folgende zusätzliche Untersuchungen lehne ich ab: _____
- Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung **nicht** ein. Über mögliche gesundheitliche Nachteile einer Ablehnung wurde ich hinreichend informiert.
- Den unterschriebenen Teil dieser Aufklärung möchte ich als Kopie erhalten

Datum

Ärztin / Arzt

Patient/in bzw. Betreuer/in