

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

Fragebogen Koloskopie

Bitte helfen Sie uns auch im eigenen Interesse in Ergänzung der juristischen Aufklärung mit den folgenden Angaben, um eine optimale Vorbereitung und sichere Untersuchung zu erreichen.



Beschwerden / Gründe für die Untersuchung:

_____ oder Vorsorgekoloskopie

Test auf verborgenes Blut im Stuhl negativ positiv nicht erfolgt

Gibt es **Darmkrebs in Ihrer Familie?** (insbes. bei Eltern/Geschwistern)? nein ja unbekannt
 Voruntersuchungen: Die letzte Koloskopie war _____ (Datum)
 Was wurde dort festgestellt?: _____

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

(bitte auflisten oder ankreuzen)

- wie z.B. Diabetes , Epilepsie , Herz-/Lungen-Erkrankungen , Bluthochdruck nein ja
- Besteht eine chronische **Infektionskrankheit z.B. Hepatitis/AIDS?** nein ja
- Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte **Blutungsneigung?** nein ja
- Haben Sie grünen Star (Glaukom- erhöhten Augendruck)? nein ja
- Tragen Sie ein Metallimplantat / künstliche Gelenke? nein ja
- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator?** nein ja
- Gab es bei Ihnen jemals einen **Beruhigungs- / Narkosemittel-Zwischenfall?** nein ja
- Sind Sie **schwanger?** nein ja
- Hatten Sie **Operationen im Bauchbereich?** nein ja
- Haben Sie **Allergien** – v.a. **gegen Soja** / Hühnereiweiß / Erdnüsse / Medikamente? nein ja
- Sonstige Allergien: _____

Polyp



Schlinge

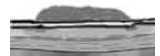


Schlinge geschlossen



Abtragungsstelle

Flacher Polyp



Unterspritzungsnadel

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein:

Nehmen Sie **Gerinnungshemmer?** nein ja

z.B. **ASS/Aspirin**; Godamed®; **Clopidogrel** –Plavix®/Iscover®, Ticlopidin - **Tiklyd**®, Ticagrelor- **Brilique**®,
 Apixaban- **Eliquis**®; Dabigatran- **Pradaxa**®; Rivaroxaban- **Xarelto**®; Prasugrel - **Efient**®, Edoxaban- **Lixiana**®
 Cumarin- **Marcumar**® **Heparin-Spritzen** / „Bauchspritzen“ oder ähnliches:

(wird vom Arzt ausgefüllt:) ggf. **Pause:** _____ **Tage** **Merkblatt Antikoagulation** ausgehändigt
ASA Klassifikation: I II III IV V

Einverständnis:

Ich hatte Gelegenheit, alle eventuellen Fragen nach ausreichender Bedenkzeit im Gespräch mit Dr. _____ vor der Untersuchung zu klären. Die Durchschrift dieses Aufklärungsbogens und das Informationsblatt habe ich erhalten.

- Ich fühle mich über die geplante Darmspiegelung in Ablauf, Umfang, Art und Risiko mit möglichen Komplikationen ausführlich und gut informiert und habe keine weiteren Fragen ja nein
- Ich willige in die vorgesehenen Untersuchungen mit Gewebeprobenentnahmen, Polypektomien und falls erforderlich notwendigen Erweiterungsmaßnahmen ein, wie z.B. unvorhersehbaren Neben- oder Folgeeingriffen. Der Übermittlung der Präparate sowie ggf. des Befundberichtes an den Pathologen stimme ich zu, ebenso der Befundübermittlung an die mitbehandelnden Kollegen/ Hausarzt ja nein
- Ich wünsche eine Beruhigungsspritze/ Sedierung. ja nein
 Falls ja, versichere ich, dass ich nicht selbst mit einem Fahrzeug (Auto, Motorrad, Fahrrad, etc.) nach Hause fahren werde und für **24 h nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen werde.**
 Ich werde mich von einer Begleitperson in der Praxis abholen lassen oder mit dem Taxi nach Hause fahren.

_____ Datum Unterschrift Patient /gesetzlicher Vertreter

_____ Unterschrift Arzt