

Fragebogen Magenspiegelung

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



Bitte beantworten Sie folgende Fragen: **Beschwerden / Gründe für die Untersuchung:**

Hatten sie in der Vergangenheit bereits eine Magenspiegelung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gab es damals besondere Befunde (Reflux, Helicobacter pylori, Tumoren?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gibt es in Ihrer Familie Magenkrebs?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chronische Erkrankungen (Diabetes, Epilepsie, Herz-/Lungen-Erkrankungen, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine chronische Infektionskrankheit z.B. Hepatitis/HIV/AIDS ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie erhöhten Augendruck (grünen Star, Glaukom)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie ein Metallimplantat / künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie lockere Zähne, Zahnersatz oder Piercings im Mund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gab es bei Ihnen jemals einen Beruhigungsmittel- / Narkose-Zwischenfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Operationen im Bauchbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Allergie – v.a. gegen Soja / Hühnereiweiß / Erdnüsse / Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Allergien	_____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Nehmen Sie Gerinnungshemmer? nein ja

z.B. **ASS/Aspirin**; Godamed®; **Clopidogrel** –Plavix®/Iscover®, Ticlopidin - **Tiklyd**®, Ticagrelor- **Brillique**®,
Apixaban- **Eliquis**®; Dabigatran- **Pradaxa**®; Rivaroxaban- **Xarelto**®; Prasugrel - **Efient**®, Edoxaban- **Lixiana**®
Cumarin- **Marcumar**® **Heparin-Spritzen** / Clexane, Arixtra

(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. Eine Durchschrift dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

- Ich fühle mich über die geplante Magenspiegelung in Ablauf, Umfang, Art und Risiko mit möglichen Komplikationen ausführlich und gut informiert und habe keine weiteren Fragen ja nein
- Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein,- falls erforderlich – mit notwendigen Erweiterungsmaßnahmen wie z.B. unvorhersehbaren Neben- oder Folgeeingriffen, der Entnahme von Gewebeproben, der Übermittlung der Präparate an den Pathologen sowie der Befundübermittlung an die mitbehandelnden Kollegen ein. ja nein
- Ich wünsche eine **Beruhigungsspritze/ Sedierung.** ja nein
Falls ja, **versichere** ich, dass ich nicht selbst mit einem Fahrzeug (Fahrrad, Auto 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

X
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt