

Ein Teil der oben aufgeführten Komplikationen kann in seltenen Fällen zu lebensbedrohlichen oder bleibenden Schäden führen.

Nach einer Probenentnahme aus Speiseröhre, Magen oder Zwölffingerdarm kommt es in seltenen Fällen auch noch bis zu 10 Tage nach der Entnahme zu Blutungen aus der Entnahmestelle, besonders nach körperlicher Belastung oder nach Alkoholkonsum. Die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. ASS oder Marcumar) kann ebenfalls solche Blutungen begünstigen.

Während einer Schwangerschaft sollte eine Magenspiegelung nur in Notfällen nach ausgiebiger Risikoabwägung durchgeführt werden. Bitte informieren Sie uns, wenn eine Schwangerschaft vorliegt oder wenn Sie eine Schwangerschaft nicht ausschließen können.

Eine spezielle **Vorbereitung** für die Untersuchung ist nicht notwendig: Säureblockierende Medikamente (z.B. Omeprazol, Pantoprazol ...) sollten 2 Wochen vor der Untersuchung, wenn möglich, abgesetzt werden. Halten Sie ggf Rücksprache mit unserer Praxis oder ihrem Hausarzt. Am Abend vor der Untersuchung darf bis 18.00 Uhr ein leichtes Abendbrot eingenommen werden. Am Morgen der Untersuchung dürfen keine Getränke (Kaffee, Tee, Milch...) und keine Speisen (Frühstück, Bonbons...) zu sich genommen werden. Rauchen sollte vor der Untersuchung möglichst unterlassen werden. Wichtige Medikamente (Blutdruckmittel, Antiepileptika...) dürfen am Morgen der Untersuchung mit wenig Wasser eingenommen werden. Ein leerer Magen ist eine Voraussetzung für eine gute Untersuchung.

- Diabetiker sollten bei einer Insulinbehandlung die Insulindosis am Untersuchungstag anpassen. **Verzögerungsinsulin** kann mit **halber Dosis** weiter gespritzt werden. **Normalinsulin** wie **Humalog** und **Novorapid** sollten am Untersuchungstag vor der Untersuchung **nicht gespritzt werden**. Mischinsulin sollte am Untersuchungstag vor der Untersuchung ebenfalls nicht gespritzt werden. Halten Sie Traubenzucker Plättchen bereit und essen Sie 2-3 Plättchen, wenn Sie das Gefühl haben zu unterzuckern. Erst ESSEN, dann MESSEN!
- Bitte informieren Sie uns, wenn Sie einen **Herzschrittmacher** tragen. Eine Polypenabtragung erfordert dann zusätzliche Überwachungsmaßnahmen.
- Nach einer **Beruhigungsspritze** oder einer **Kurznaarkose** müssen Sie nach einer ca. 1-stündigen Ruhezeit in unserer Praxis von einer Begleitperson nach Hause gebracht werden oder ein Taxi nach Hause nehmen. Mit einer Begleitperson können auch öffentliche Verkehrsmittel benutzt werden Sie dürfen dann erst am nächsten Tag wieder ein Kraftfahrzeug fahren oder eine Maschine am Arbeitsplatz bedienen. Sie sollten am Untersuchungstag auch keine wichtigen Entscheidungen fällen.

Die vorgenannten Punkte sind Sicherheitsmaßnahmen, die wir zu Ihrem Schutz vor Komplikationen durchführen. Der **Nutzen einer Magenspiegelung** ist bei richtiger Indikationsstellung viel größer als das Risiko einer Magenspiegelung.

Einwilligungserklärung

Über die geplante Speiseröhren-Magen-Zwölffingerdarmspiegelung mit Probenentnahme und ggf. eine Analgosedierung („Schlafspritze“ „Narkosespritze“) sowie über evtl. notwendige Erweiterungsmaßnahmen und Komplikationsmöglichkeiten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. Müller-Ziehm / Herrn Dr. Seiger ausreichend informiert.

Mir sind Risiken und Nutzen der Untersuchung und deren Unterlassung genannt worden. Ich konnte alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffs, über Risiken und eventuelle Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen (wie Infektion, Blutung, Narkose, Operation...) sowie über die Untersuchungs- und Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe alle Fragen gestellt und fühle mich ausreichend informiert und willige in die geplante Untersuchung ein.

Mit den notfalls erforderlichen und unvermeidbaren Neben- und Folgemaßnahmen wie einer Krankenhausbehandlung bin ich ebenfalls einverstanden.

Für den Fall, dass mir eine Betäubungsspritze bzw. eine Beruhigungsspritze vor der Untersuchung verabreicht wird, versichere ich hiermit zugleich, am Untersuchungstag kein Kraftfahrzeug zu führen und keine gefährliche Maschinen zu bedienen. Im Falle einer Sedierung ist eine Begleitperson zur Abholung oder eine Taxifahrt aus der Praxis zu organisieren.

Ich möchte über einen medizinisch notwendigen Kontrolltermin unterrichtet werden (Recall).

Hannover, den

Hannover, den

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten

Zur Risikoabschätzung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen: ja nein unsicher

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Einnahme v. Blutverdünnungsmitteln:
(Marcumar, ASS, Eliquis, Xarelto, Lixiana... etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> besteht eine erhöhte Blutungsneigung (vermehrt blaue Flecken?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> rauchen Sie Zigaretten, Zigarre oder Pfeife? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> haben Sie einen erhöhten Blutdruck oder eine Herzkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> besteht eine chron. Infektionskrankheit (Hepatitis, AIDS...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> haben Sie Diabetes mellitus, grünen Star oder Epilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> hatten Sie Bauchoperationen (Blinddarm OP, Gyn.-Op)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> kann eine Schwangerschaft bestehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> leiden Sie an einem Schlafapnoe-Syndrom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> leiden Sie an Asthma oder chronischer Bronchitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> gibt es andere wichtige Krankheiten bei Ihnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> ist bei Ihnen eine Sojaallergie bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diese Seite (Seite 3) bitte möglichst 24 Std. vor der Untersuchung unterschreiben