



Blutergüssen in der Darmwand kommen. Dies kann einige Tage Bauch Schmerzen verursachen, ist jedoch ungefährlich und nach einigen Tagen verheilt.

Nach einer Polypenabtragung im Darm kommt es gelegentlich auch noch bis zu 10 Tage nach der Abtragung zu Blutungen aus der Abtragungsstelle, besonders nach körperlicher Belastung oder nach Alkoholkonsum. Die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten ( z.B. ASS oder Marcumar) kann ebenfalls solche Blutungen begünstigen. Das heißt: **nach Polypenabtragung 10 Tage keinen Alkohol, keine schwere körperliche Belastung und keine weiten Reisen. Vorsicht bei gerinnungshemmenden Medikamenten.**

Bei konkreten Hinweisen für eine Blutgerinnungsstörung empfiehlt sich vor der Untersuchung die laborchemische Bestimmung von Gerinnungsparametern. Bitte Weisen Sie im Aufklärungsgespräch darauf hin.

Ein sehr geringes Risiko besteht auch für Ansteckung mit Infektionskrankheiten. Nach amerikanischen Untersuchungen liegt dieses Risiko für eine ernsthafte Infektion bei einem Fall pro 2 Millionen Darmspiegelungen.

Während einer Schwangerschaft sollte eine Darmspiegelung nur in Notfällen nach ausgiebiger Risikoabwägung durchgeführt werden. Eine Röntgenuntersuchung des Dickdarms während einer Schwangerschaft sollte ebenfalls nur in absoluten Notfällen durchgeführt werden. Bitte informieren Sie uns, wenn eine Schwangerschaft vorliegt oder wenn Sie eine Schwangerschaft nicht ausschließen können.

Über die notwendige Vorbereitung für die Untersuchung werden Sie gesondert informiert. Ein vollständig entleerter Darm 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!**
- Bei Marcumar Patienten ist ein Quick Wert vom Vortag notwendig. Der Quick Wert sollte mindestens 50% betragen.
- Empfängnisverhütende Medikamente („**Pille**“), können durch die Abführmaßnahmen ihre schwangerschaftsverhütende Wirkung verlieren.
- Bitte informieren Sie uns, wenn Sie einen **Herzschrittmacher** tragen. Eine Polypenabtragung erfordert dann zusätzliche Überwachungsmaßnahmen.
- Wir bitten Sie nach einer Kurznarkose sich von einer Begleitperson abholen zu lassen oder mit dem Taxi nach Hause zu fahren. Bitte rechnen Sie mit ca. einer einstündigen Ruhezeit in unserer Praxis. 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 Darmspiegelung ist bei richtiger Indikationsstellung viel größer als das Risiko einer Darmspiegelung.**

**O Ich mache von meinem Recht gebrauch und verzichte auf ein Aufklärungsgespräch:**

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung:**

Über die geplante Darmspiegelung / Polypenabtragung sowie über evtl. notwendige Erweiterungsmaßnahmen und Komplikationsmöglichkeiten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. Müller / Herrn Dr. Müller-Ziehm 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 nach mindestens 24 Std. Bedenkzeit in die geplante Untersuchung einschließlich einer eventuell notwendigen Abtragung von Polypen 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 / während der Untersuchung verabreicht wird, versichere ich hiermit zugleich, am Untersuchungstag kein Kraftfahrzeug zu führen und keine Maschinen zu bedienen. Im Falle einer Sedierung ist eine Begleitperson zur Abholung aus der Praxis zu organisieren.**

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

Hannover, den .....

Hannover, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

<i>Zur Risikoabschätzung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:</i>	Ja	nein	unsicher
✓ nehmen Sie Blutverdünnungsmittel (Marcumar, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel, Efient, Lixiana ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ besteht eine erhöhte Blutungsneigung (vermehrt blaue Flecken?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ rauchen Sie Zigaretten, Zigarre oder Pfeife?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ haben Sie einen erhöhten Blutdruck oder eine Herzkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ besteht eine chron. Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, ..)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ haben Sie Diabetes mellitus, grünen Star oder Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ hatten Sie Bauchoperationen (Blinddarm OP, Gyn.-Op)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ kann eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ leiden Sie an einem Schlafapnoe-Syndrom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ leiden Sie an Asthma oder chronischer Bronchitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ gibt es andere wichtige Krankheiten bei Ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✓ besteht bei Ihnen eine Soja- oder Erdnussallergie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Diese Seite (Seite 3) bitte am Untersuchungstag unterschrieben mitbringen**