

Dr. med. Stefan Bauer, Leitender Arzt
Dr. med. Peter Gedeon, Leitender Arzt
Dr. med. Wojtek Bielecki, Konsiliararzt
Dr. med. Jürg Sollberger, Konsiliararzt
Fon: 034 421 23 10
Fax: 034 421 23 35
Mail: gastroenterologie@spital-emmental.ch
Regionalspital Emmental
3400 Burgdorf

Herr/Frau

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR GASTROENTEROLOGISCHEN UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG – Abgabe-/Versanddatum:

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Magenspiegelung** (ev. kombiniert mit einem therapeutischen Eingriff) vorgesehen. Für die Durchführung dieser Untersuchung brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. **Bitte lesen Sie dieses Schreiben sofort nach Erhalt genau durch. Beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite, und unterschreiben Sie dort spätestens am Vortag der Untersuchung. Bringen Sie das Blatt mit zur Untersuchung.** Im ärztlichen Gespräch werden wir **Notwendigkeit** von Untersuchung und Eingriff, **Risiken** sowie allfällige **alternative Methoden** mit Vor- und Nachteilen diskutieren. Notieren Sie sich Fragen und Unklarheiten, die Sie besonders besprechen möchten. Sobald alles klar ist, werden **Sie und der Gastroenterologe die Einwilligung auf der Vorderseite unterzeichnen.** Das unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungsformular wird in Ihrer Krankengeschichte abgelegt. **Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Sie können auch einen vorgängigen Besprechungstermin bei uns vereinbaren.**

Grund für Untersuchung / Verdachtsdiagnose:

MAGENSPIEGELUNG mit je nach Befund notwendigen endoskopischen Eingriffen: **Gewebeproben, Blutstillung, Aufweitung der Speiseröhre, Abtragung eines Schleimhautknötchens**

mit Einlage einer Nährsonde durch die Bauchwand in den Magen mit Behandlung innerer Krampfadern
 Anderes:.....

- **Ablauf der Untersuchung:** Nach örtlicher Betäubung des Rachens und in der Regel intravenöser Verabreichung eines Beruhigungsmittels wird ein bewegliches Instrument durch den Mund in die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm eingeführt. Es können notwendige endoskopische Eingriffe durchgeführt werden.
- **Risiken:** Komplikationen sind bei einem rein diagnostischen Eingriff (inkl. Gewebeprobe) extrem selten. Bei den oben erwähnten Behandlungen kann es selten zu einer Blutung, Infektion oder Verletzung kommen. Sehr selten kann dies eine notfallmässige Operation zur Folge haben.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Bei Schluckbeschwerden, Erbrechen, zunehmenden Schmerzen oder Kreislaufproblemen kontaktieren sie bitte unverzüglich uns, Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Aufklärungsblatt durchgelesen und verstanden.
- Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes sowie über alternative Methoden in verständlicher Weise aufgeklärt.
- Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung, bzw. des Eingriffes einverstanden.

Burgdorf, den:

Unterschrift Patient/in:

Unterschrift Ärztin/Arzt:

.....



Sie können **mithelfen, das Komplikationsrisiko möglichst gering zu halten**, indem Sie die Anweisungen zur **Vorbereitung genau befolgen** und untenstehende **Fragen vollständig beantworten**.

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur **Blutverdünnung** (z.B. Marcoumar, Sintrom, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen **Blutplättchenhemmer** (z.B. Aspirin, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique) oder **Schmerz-/Grippemittel** (z.B. Alcacyl, Voltaren, Brufen, Naproxen, Ponstan) genommen? **Ja** **Nein**
- Besteht eine vermehrte **Blutungsneigung** bei Operationen, bei kleinen Verletzungen z.B. beim Rasieren, Ziehen eines Zahnes? Oder besteht in Ihrer Familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung? **Ja** **Nein**
- Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? Auf Medikamente?
-
- Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler** oder wurden Sie früher an einer **Herzklappe operiert**? **Ja** **Nein**
- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** **Ja** **Nein**
- Leiden Sie an **Zuckerkrankheit**? **Ja** **Nein**
Wenn Ja, Behandlung mit **Tabletten** **Insulin**
- Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt? **Ja** **Nein**
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? **Ja** **Nein**
- Haben Sie eine **Zahnprothese, lockere Zähne, eine Zahnkrankheit**? **Ja** **Nein**

- Falls Sie **regelmässig Medikamente** einnehmen, bringen Sie bitte eine **aktuelle Medikamentenkarte** mit zur Untersuchung oder **listen Sie die Medikamente nachfolgend auf**.

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift:

(Bitte bis **spätestens am Vortag der Untersuchung** unterschreiben und Datum einfügen)

