

Informationsblatt und Einverständniserklärung zur Gastroduodenoskopie

Patientenname:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bei Ihnen ist eine Untersuchung des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre - Magen Zwölffingerdarm) vorgesehen.

Diese Untersuchung wird mittels eines sog. "Endoskops" (biegsamer Schlauch mit Optik) durchgeführt, um krankhafte Veränderungen frühzeitig feststellen zu können. Es können dabei auch feinste Gewebeproben (Biopsien) aus verändertem Gewebe auf schmerzlose Weise gewonnen werden, die dann unter dem Mikroskop weiter untersucht werden.

Zur Untersuchung selbst müssen Sie nüchtern (letzte Mahlzeit am Vorabend, Wasser trinken ist bis ca. 2 Stunden vor der Untersuchung möglich) sein. **Bezüglich der Einnahme von Medikamenten, v. a. blutverdünnenden Medikamenten, sollte unbedingt vorher Rücksprache mit einem Arzt gehalten werden.** Vor der Untersuchung bekommen Sie einen Spray in den Rachenraum gespritzt, der eine Betäubung der Schleimhaut im Rachenraum bewirkt, sodaß der Würgereiz möglichst unterdrückt wird. Bei der Untersuchung wird Luft in den Magen eingeblasen um eine ausreichende Sicht zu ermöglichen. Üblicherweise können Sie 2 Stunden nach der Untersuchung wieder essen und trinken.

Sollten Sie bei der Untersuchung eine "Beruhigungsspritze" bekommen od. wünschen, müssen Sie folgendes bedenken:

Sie müssen sich nach einer kurzen Beobachtungsphase von einer Begleitperson abholen lassen, da Sie 24 Std. verkehrsuntauglich und nicht geschäftsfähig sind, kein Fahrzeug lenken dürfen bzw. an keinen gefährlichen Maschinen arbeiten dürfen und keine wichtigen Entscheidungen treffen sollen.

Die Gastroskopie ist heute eine risikoarme Routineuntersuchung, die zwar unangenehm, aber weitgehend schmerzfrei ist. Trotz größter Sorgfalt kann es in extrem seltenen Fällen zu einer Verletzung der Wand des Verdauungstraktes, z. B. bei der Biopsie, kommen, od. eine Blutung auftreten. Meist sind diese Komplikationen durch endoskopische Maßnahmen zu behandeln, gegebenenfalls ist die Verabreichung von Blutprodukten oder Antibiotika, extrem selten eine Überwachung oder ein operativer Eingriff im Krankenhaus notwendig. Selten kann es auch zum Einatmen von Mageninhalt kommen oder eine allergische Reaktion auf verabreichte Medikamente auftreten.

Beim Auftreten von Beschwerden, evtl. auch erst einige Zeit nach der Untersuchung, z. B. Unwohlsein, Fieber, Übelkeit, Schmerzen, Luftnot, Bluterbrechen, Absetzen von schwarzem oder blutigem Stuhl, informieren Sie bitte umgehend einen Arzt.

Die Beurteilung des oberen Verdauungstraktes unter direkter Sicht ist nur mittels Endoskopie möglich, dennoch kann auch eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel, eine Computertomographie oder MRT-Untersuchung indirekt eine Beurteilung ermöglichen, in ausgewählten Fällen ist auch eine Ultraschalluntersuchung ausreichend.

Was der Arzt wissen sollte

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, v. a. blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bestehen Mund-, Nasen-, Rachenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bestehen Infektionskrankheiten? (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie unter Erkrankungen des Verdauungstraktes?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie eine Stimmbandlähmung?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie schon einmal eine Betäubung? Traten dabei Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie schon einmal eine "Magenspiegelung"?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie lockere Zähne, Zahnprothesen oder andere Implantate (festsitzend oder herausnehmbar) oder Piercings im Mund?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Im Falle einer "Betäubungsspritze", welche Person bringt Sie anschließend nach Hause?		

ANMERKUNGEN zum AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige vom Arzt über diese Untersuchung, den etwaigen Eingriff und Alternativmethoden eingehend aufgeklärt worden zu sein, sodass meinerseits keine weiteren Fragen bestehen und ich mit dieser Untersuchung bzw. diesem Eingriff einverstanden bin.

Name und Unterschrift Pat./Patientin

Name und Unterschrift Arzt

Braunau, am