

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Magen-Darmspiegelung, ggf. mit Entnahme von Gewebeproben, geplant. Bei Bedarf können im selben Eingriff auch kleinere Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Sie Ihr Arzt über die geplante Untersuchung/Behandlung und deren Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in den Ihnen vorgeschlagenen Eingriff erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie auf Wunsch eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

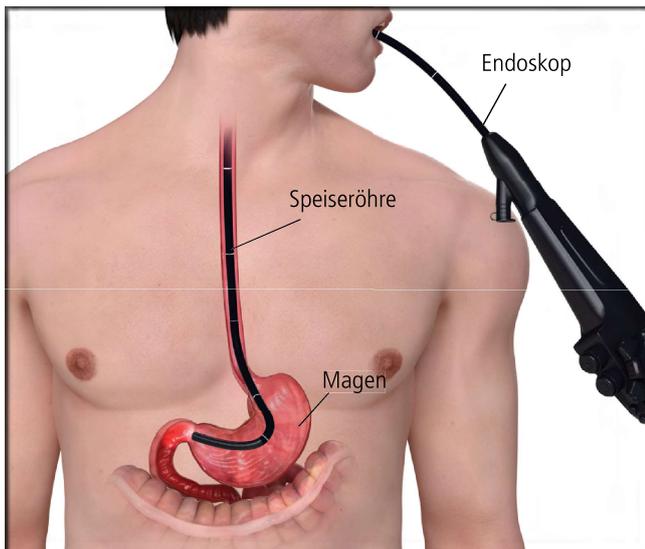
### GRÜNDE FÜR DEN EINGRIFF

Bei unklaren Magen-Darm-Beschwerden oder zur Sicherung einer Diagnose kann eine Magenspiegelung in Kombination mit einer Darmspiegelung durchgeführt werden. Beide Verfahren sind durch den Einsatz hochauflösender Videoendoskope heute sehr schonend.

Zudem können Gewebeproben (Biopsien) entnommen und im Labor untersucht werden. Anhand der Ergebnisse kann dann der Arzt die weitere Behandlung planen.

### ABLAUF DER UNTERSUCHUNG/BEHANDLUNG

Die Untersuchungen werden nacheinander durchgeführt und erfolgen jeweils mit einem Endoskop. Dies ist ein flexibler, steuerbarer, dünner Schlauch, an dessen Spitze sich eine winzige Kamera und eine Lichtquelle befinden. Über einen Arbeitskanal im Endoskopschlauch werden kleine Instrumente vorgeschoben.



An Ihrem Unterarm wird eine Venenverweilkanüle gelegt, über welche Ihnen bei Bedarf ein Beruhigungs- und/oder Schmerz-

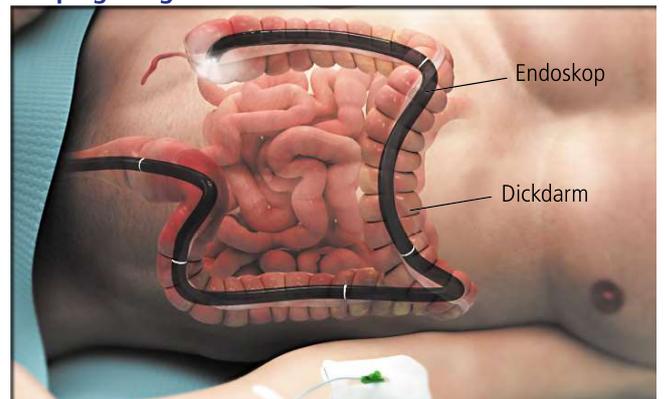
mittel verabreicht wird. Für den Eingriff kann Ihnen auch ein Narkosemittel (z. B. Propofol oder Dormicum®) gespritzt werden, was Sie in einen schlafähnlichen Zustand versetzt. Über eine Nasensonde kann Ihnen zusätzlich Sauerstoff gegeben werden.

### Magenspiegelung:

Häufig wird zunächst Ihr Rachen mit einem Spray örtlich betäubt, um das Einführen des Endoskops zu erleichtern. Zum Schutz Ihrer Zähne erhalten Sie einen Beißring. Dieser verhindert auch ein versehentliches Beißen auf den Endoskopschlauch.

Durch den Mund, ggf. auch über die Nase, wird der Endoskopschlauch in die Speiseröhre, den Magen und in den obersten Abschnitt des Dünndarms, den Zwölffingerdarm, geschoben. Die kleine Kamera überträgt dabei ständig Bilder auf einen Monitor, sodass der Arzt das Vorschieben unter Sicht kontrollieren und den gesamten Bereich des oberen Verdauungstraktes eingehend begutachten kann.

### Darmspiegelung:



Hierbei wird das Endoskop über den After vorsichtig in den Darm geschoben. Manchmal genügt es, nur den Mastdarm und den unteren Teil des Dickdarms, das sogenannte Sigma, zu untersuchen. In der Regel werden aber der gesamte Dickdarm und der untere Abschnitt des Dünndarms (Ileum) begutachtet.

Durch Einblasen von Luft und das Absaugen von Flüssigkeit im Magen bzw. Darm während der Untersuchung wird die Sicht noch verbessert. Das Einschalten von optischen Filtern oder Aufsprühen von Farbstoffen (Chromoendoskopie) kann Veränderungen der Schleimhaut bei Bedarf noch genauer sichtbar machen.

Die Entnahme von Gewebeproben (Biopsie) während der Magen-Darm-Spiegelung ermöglicht es, auch feinste oder noch nicht sichtbare krankhafte Veränderungen festzustellen.

### MÖGLICHE ERWEITERUNGSMASSNAHMEN

Werden bei der Magen-Darmspiegelung gutartige Schleimhautwucherungen (Polypen) im Verdauungstrakt entdeckt, können diese mit einer elektrischen Schlinge abgetragen werden. Blutungen, z. B. bei Geschwüren oder nach Abtragen eines Polypen, können oberflächlich verschorft oder durch Unterspritzen mit Medikamenten, mit Metallclips oder Klebtechnik zum Stillstand gebracht werden. Krankhaftes Gewebe kann oberflächlich abgetragen werden.

Bitte erteilen Sie Ihre Einwilligung in nötige Eingriffserweiterungen schon jetzt, damit ein weiterer Eingriff vermieden werden kann.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Die Untersuchung von außen, z. B. mittels Ultraschall, Röntgen, Computer- oder Kernspintomographie sowie einer virtuellen Endoskopie, kann die direkte Begutachtung des Verdauungstraktes mit Hilfe der Endoskopkamera nicht ersetzen. Zudem ist bei den oben genannten Untersuchungsmethoden eine direkte Behandlung von Veränderungen und die Entnahme von Gewebeproben nicht möglich. Deshalb stellen diese Untersuchungen keine echte Alternative zur Magen-Darmspiegelung dar und kommen nur bei besonderen Fragestellungen zum Einsatz.

Eine Operation ist in der Regel aufgrund der höheren Belastung des Körpers keine Alternative zur Magen-Darmspiegelung.

Die Magen- und Darmspiegelung kann auch getrennt erfolgen. Dann ist aber u. U. zweimal eine Sedierung mit Medikamenten nötig. Ihr Arzt erläutert Ihnen gerne, warum er in Ihrem Fall eine kombinierte Untersuchung des Magen-Darm-Traktes empfiehlt.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Die Magen-Darmspiegelung ist heute ein Routineeingriff. In der Regel gelingt es, mit der Untersuchung eine genaue Diagnose zu stellen und viele krankhafte Veränderungen einfach und schonend zu behandeln. Trotzdem kann es bei anatomischen Besonderheiten, wie Verengungen im Verdauungstrakt, oder nach Voroperationen möglich sein, dass die Untersuchung nicht oder nur teilweise erfolgen kann bzw. krankhafte Veränderungen übersehen werden.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte auch folgende Verhaltenshinweise:

#### Vorbereitung:

**Für die Magen-Darmspiegelung** müssen Sie nüchtern sein. Bitte nehmen Sie daher für mindestens 5 Stunden vor der Untersuchung keine Speisen und Getränke mehr zu sich und stellen Sie das Rauchen ein. Kleine Mengen von klarer Flüssigkeit wie Wasser sind bis 2 Stunden vor der Spiegelung gestattet. Zusätzlich erfolgt eine Darmreinigung mit Hilfe eines starken Abführmittels sowie durch das Trinken von 2 - 3 Litern einer speziellen Spüllösung. Bitte essen Sie schon 2 - 3 Tage vor der Untersuchung keine körner- oder kernhaltigen Lebensmittel mehr. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen geben.

**Medikamenteneinnahme:** Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8

Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

#### Nachsorge:

Falls Sie eine **Rachenbetäubung** erhalten haben, dürfen Sie für 2 Stunden nach dem Eingriff nichts essen oder trinken, da die Gefahr des Verschluckens besteht.

Brechreiz, Brennen im Rachenraum oder Schmerzen durch die verbliebene Luft in Magen und Darm sind vorübergehend und kein Grund zur Beunruhigung. Bitte informieren Sie aber sofort Ihren Arzt falls **Fieber, starke Schmerzen, Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, blutige Durchfälle** oder **Erbrechen von Blut** auftreten. Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine **sofortige Abklärung**.

Im Falle eines **ambulanten Eingriffs** müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Sorgen Sie dann auch zu Hause für eine Aufsichtsperson für den von Ihrem Arzt empfohlenen Zeitraum. Da Ihr Reaktionsvermögen durch die Gabe von Schmerz- und/oder Beruhigungsmitteln eingeschränkt sein kann, dürfen Sie, wenn nichts anderes angeordnet wird, für **24 Stunden nach dem Eingriff** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger), keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben und sollten keine wichtigen Entscheidungen treffen.

### RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff**, auch ein Routineverfahren wie die Magen-Darmspiegelung, **gewisse Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern, im Extremfall im weiteren Verlauf auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreffen. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

**Verletzungen benachbarter Organe**, z. B. Kehlkopf, Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, der Dickdarmwand, der Milz oder des Afterschließmuskels, sind selbst bei krankhaften Veränderungen oder deren Behandlung selten, da der Arzt alle Maßnahmen unter Sicht durchführt. Kommt es dennoch z. B. zu einem Durchbruch in die Bauch- oder Brusthöhle, wird u. U. eine Operation notwendig und es kann zu einer lebensbedrohlichen Infektion kommen. **Infektionen** können auch an der Einführungsstelle von Injektionsnadeln, z. B. der Venenverweilkanüle, auftreten. In den meisten Fällen sind Infektionen mit Antibiotika gut zu behandeln. Eine Verschleppung von Keimen in die Blutbahn kann zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) oder Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) führen.

**Allergische Reaktionen**, z. B. auf Medikamente oder Farbstoffe, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

**Blutungen** werden meist sofort erkannt und gestillt. Nachblutungen können ggf. einen weiteren Eingriff erfordern. Bei **stärkeren Blutungen** kann eine Übertragung von Fremdblut/-bestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekanntem – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen,

eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

**Schädigung der Haut, Weichteile** bzw. **Nerven** (z. B. durch Einspritzungen, Desinfektionsmittel, den Einsatz von elektrischen Operationsinstrumenten oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Bleibende Nervenschäden oder Narben sind sehr selten.

**Zahnschäden** durch das Endoskop sind sehr selten. Bei lockeren Zähnen kann es zu Zahnverlust kommen.

Nach der Behandlung von Veränderungen kann es zu **narbigen Engstellen** oder **Entzündungsreaktionen** kommen, welche dann weitere Therapiemaßnahmen erfordern.

Es kann auch Mageninhalt über die Speiseröhre zurückfließen und von dort in die Lunge gelangen. In sehr seltenen Fällen

können akuter **Atemwegsverschluss** bis hin zum **Ersticken** oder **Lungenentzündung** mit evtl. dauerhafter Schädigung des Lungengewebes bis hin zum **Lungenversagen** die Folgen sein.

Durch die Gabe von Narkose- oder Beruhigungsmitteln kann es zu einer **Störung der Atmung** oder zu **Kreislaufreaktionen** (z. B. Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags) mit **Übelkeit und Erbrechen** kommen. Dies kann durch Gabe von Sauerstoff oder Medikamenten meist gut behandelt werden. Kommt es jedoch zum **Atem-Stillstand** wird eine künstliche Beatmung notwendig, um eine Schädigung z. B. des Gehirns zu verhindern. In extremen Ausnahmefällen kann es trotz sofortiger Behandlung zu Organschäden (Nieren- oder Gehirnschädigung) kommen.

**Schwerwiegende Komplikationen** treten insgesamt sehr selten auf und können durch eine sorgfältige Überwachung meist rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Wurden Sie schon einmal an **Speiseröhre, Magen oder Darm operiert?**  ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Magen- oder Darmspiegelung** durchgeführt?  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein Metallimplantat** (z. B. eine künstliche Hüfte)?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Stillen Sie?**  ja  nein

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen vor:**

**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  
 Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon),  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  ja  nein

Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  ja  nein

Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem,  Schlafapnoe (starkes Schnarchen),  Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Fruchtzuckerunverträglichkeit,  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zahnschäden/Zahnersatz?**  ja  nein

Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  herausnehmbarer Zahnersatz.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

**Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe**

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

Name und Alter des Abholers

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Name und Alter der Aufsichtsperson

**Ablehnung**

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über die bevorstehende Untersuchung/Behandlung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die mir vorgeschlagene Magen-Darmspiegelung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Ablehnung Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

**Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch**

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

 ASA-01    ASA-02    ASA-03    ASA-04
**Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:**

Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine **eigenständige Entscheidung** über den empfohlenen Eingriff zu treffen und seine/ihre Einwilligung in den Eingriff zu erteilen.

Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Betreuerausweis                       Vorsorgevollmacht  
 Patientenverfügung                      liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

**Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf des geplanten Eingriffs, dessen Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

**Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass der Eingriff Risiken birgt, informiert wurde.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkezeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Magen-Darmspiegelung zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen (z. B. Sedierung) ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens, z. B. das Behandeln von krankhaften Befunden.

Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen. Dies gilt insbesondere **für das Verbot einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr für 24 Stunden nach einem ambulanten Eingriff, wenn Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel verabreicht wurden.**

Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

**Kopie des Aufklärungsbogens:**  gewünscht    verzichtet

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer