Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden uns zur Enddarmspiegelung überwiesen.

Dazu erhalten Sie beiliegend:

* Ein Informationsblatt
* Einen Fragebogen
* Ein Patientenblatt
* Die Einverständniserklärung

**Das Informationsblatt:**

Hier finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch. Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

**Der Fragebogen:**

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten. Falls Sie **blutverdünnende Medikamente** (Marcoumar, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Lixiana oder Pradaxa) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) **das allfällige Absetzen** der Medikamente

mit Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte bringen Sie den unterschriebenen Fragebogen zur Untersuchung mit. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

**Das Patientenblatt**

Wir bitten Sie, das beiliegende Patientenblatt so genau wie möglich auszufüllen. Damit helfen Sie dem Arzt sich ein klares Bild über Ihren Gesundheitszustand zu machen. Bitte bringen Sie das Patientenblatt zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung und dem ausgefüllten Fragebogen am Tag der Untersuchung mit in die Praxis.

**Die Einverständniserklärung:**

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung spätestens am Vortag der Untersuchung genau durch und bringen Sie diese unterschrieben zur Untersuchung mit.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen, das Patientenblatt und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

Bitte bringen Sie **folgende Unterlagen** mit:

* Krankenkassenkarte
* Aktuelle Medikamentenkarte
* Falls vorhanden: Arztberichte   
  (zwecks besserer Vorbereitung unsererseits, können Sie uns diese Unterlagen schon vor dem Termin zusenden)
* Allergiepass

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, den Termin mindesten 24 Stunden vorher abzusagen.

Mit freundlichen Grüssen

Team Endoskopie

**Informationsblatt zur Enddarmspiegelung**

**Weshalb erfolgt eine Enddarmspieglung?** Bei der Enddarmspiegelung werden der Enddarm inklusive des Afters untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen und teilweise auch behandeln oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kontrollieren.

**Welche Vorbereitungen sind für eine Enddarmspiegelung nötig?** Kurz vor dem Termin müssen Sie sich zu Hause ein Klistier verabreicht, andere Massnahmen zur Vorbereitung sind nicht notwendig. In den meisten Fällen wird Ihnen für die Untersuchung kein Schlafmittel verabreicht. Falls sie trotzdem wünschen zu schlafen, ist dies selbstverständlich auch möglich. Damit wir Ihnen das Schlafmittel verabreichen könnten, bitten wir Sie ab Mitternacht vor der Enddarmspiegelung keine feste Nahrung mehr zu sich zu nehmen. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

**Fahrtüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit?** Falls Ihnen für die Untersuchung ein Schlafmedikament verabreicht wurde, ist die Fahrtüchtigkeit für den Rest des Tages nicht gegeben. **Kommen sie bitte nicht mit dem eigenen Fahrzeug.** Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten. Auch das Bedienen von Maschinen sollte nach Erhalt von Schlafmittel gleichentags nicht erfolgen.

**Wie läuft die Enddarmspiegelung ab?** Falls Sie während der Untersuchung schlafen wollen, wird Ihnen zunächst am Arm eine Infusion gelegt. Während Sie schlafen werden Blutdruck, Puls und der Sauerstoffgehalt im Blut überwacht. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch“ an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Schleimhaut der erwähnten Organe einsehen und nach krankhaften Veränderungen absuchen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine endoskopisch geschulte Pflegefachperson anwesend.

**Welche Risiken sind mit der Enddarmspiegelung verbunden?** Die Untersuchung selbst, die Entnahme von Gewebeproben und Polypenentfernungen sind risikoarm. Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen. Mögliche Komplikationen sind Blutungen (0.5 -3%), die meist unmittelbar nach der Abtragung von Polypen auftreten und die direkt endoskopisch gestoppt werden können. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion sowie allergischen Reaktionen kommen.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?** Falls Ihnen für die Enddarmspiegelung ein Schlafmedikament verabreicht wurden. Werden Sie nach der Untersuchung überwacht, bis Sie ausgeschlafen haben.In den Stunden nach der Untersuchung kann ein Druckgefühl im Bauch (vermehrte Luft im Darm) bestehen. Nimmt dieses zu oder treten **neue Bauchschmerzen** auf, beobachten Sie eine Blutung aus dem After oder bekommen Sie Fieber, informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder kommen Sie auf unsere Notfallstation.

**Fragen zur Untersuchung?** Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

**Bei Fragen oder Problemen können Sie sich zwischen 08.00 Uhr und 12.00 Uhr und zwischen 14.00 und 17.00 Uhr bei uns melden: Tel.: 043 366 40 00**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **Geburtsdatum:** |  | **<Vorname>** | **<GeburtsDatum>** |
|  |  |  |  |  | **Untersuchungszeit** |

**Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frage** | | **Ja** | **Nein** |
| 1. | Haben Sie starkes **Nasenbluten** ohne ersichtlichen Grund? |  |  |
| 2. | Haben Sie **Zahnfleischbluten** ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)? |  |  |
| 3. | Haben Sie „**blaue Flecken** oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen? |  |  |
| 4. | Haben Sie den Eindruck, dass Sie **nach kleinen Verletzungen länger bluten** (z. B. beim Rasieren)? |  |  |
| 5. | Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine **verlängerte Menstruationsblutung** (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen? |  |  |
| 6. | Haben Sie längere oder schwere **Blutungen** während oder **nach einer Zahnbehandlung** gehabt? |  |  |
| 7. | Haben Sie längere oder schwere **Blutungen während oder nach Operationen** gehabt (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? |  |  |
| 8. | Haben Sie während Operationen Blutkonserven oder **Blutprodukte erhalten**? |  |  |
| 9. | Besteht **in Ihrer Familie** (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine **Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung**? |  |  |

**Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frage** | | **Ja** | **Nein** |
| 1. | Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung ein z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Lixiana, Pradaxa, Eliquis? Haben Sie in den letzten 7 Tagen **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Asasantin, Efient, Briquenil etc., Schmerzmittel oder Rheumamittel** eingenommen?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….. |  |  |
| 2. | Haben Sie eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion** (gegen Medikamente, Sojaöl, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)?  Wenn ja, welche? ………………………………………………………………………….. |  |  |
| 3. | Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit**? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe? |  |  |
| 4. | Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** oder ein **Metallimplantat**? |  |  |
| 5. | Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)** bekannt? |  |  |
| 6. | Sind Sie **Diabetiker/in**? |  |  |
| 7. | Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? |  |  |
| 8. | Haben Sie **lockere Zähne**, eine **Zahnprothese,** ein **Zungenpiercing** oder eine **Zahnkrankheit**? |  |  |

Ich, der die Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum ……………………..………….. Unterschrift Patient/in:…………………..…………………………….

**Patientenblatt**

Für eine Gesamtbeurteilung sind die persönliche Kranken- und Familiengeschichte

und die Risikofaktoren wichtig. Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen.

Besten Dank.

**Name und Vorname: Geburtsdatum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE** | | | | | | | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | | □ | | Rheuma | | | | | □ |
| Schilddrüsenerkrankung | | □ | | Erhöhte Blutfettwerte | | | | | □ |
| Lebererkrankung | | □ | | Allergien | | | | | □ |
| Nierenerkrankung | | □ | |  | | | | |  |
| Gicht (erhöhte Harnsäurewerte) | | □ | | Medikamentenunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Atemwegserkrankungen | | □ | |
| Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose) | | □ | | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Osteoporose | | □ | |
| Herz-/Kreislauferkrankungen:  Bluthochdruck  Vorhofflimmern  Angina pectoris, Herzinfarkt  Herzklappenfehler | | □  □  □  □  □ | | Herzschrittmacher  Schlaganfall  Durchblutungsstörungen in den Beinen  Krampfadern | | | | | □  □  □  □ |
| Krebserkrankung | | □ | | Neurologische Erkrankungen  Epilepsie  Psychische Erkrankungen | | | | | □  □  □ |
| **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALTE** | Ja/Wann? | | | **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALT** | | | | | Ja/Wann? |
| Blinddarm |  | | | Künstliches Gelenk | | | | |  |
| Mandeln |  | | | Gallenblase | | | | |  |
| Krampfadern |  | | | Gebärmutter | | | | |  |
| Prostata |  | | | Geburten | | | | |  |
|  | | | | Kaiserschnitt | | | | |  |
| Andere Operationen oder Spitalaufenthalte | | | | | | | | | |
| Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja, Wo? | | | | | | | | | |
| **FAMILIENGESCHICHTE**: Krankheiten oder Todesursachen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern, Nachkommen)? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **GEWOHNHEITEN** | | | **Ja** | | **Nein** | | **Wie viel** | **Seit wann** | |
| Rauchen Sie | | |  | |  | |  |  | |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol | | |  | |  | |  |  | |
| Treiben Sie Sport | | |  | |  | |  |  | |
| **Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie über längere Zeit**  **eingenommen?** | | | | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | Dosierung: | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | |

**Einverständniserklärung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **Geburtsdatum:** |  | **<Vorname>** | **<GeburtsDatum>** |
|  |  |  |  |  | **Untersuchungszeit** |

**Enddarmspiegelung**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Enddarmspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Enddarmspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frage** | **Ja** | **Nein** |
| **Ich bin mit der Durchführung der Enddarmspiegelung** **einverstanden.** |  |  |

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Patient/in:…………………..………………….

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:…………………..…………………

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter:

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift des Vertreters:…………………………………..

Ort, Datum ……………………..…… Unterschrift Arzt/Ärztin:……………….……………………….