Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden uns zur Magenspiegelung 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 Magenspiegelung**

**Weshalb erfolgt eine Magenspiegelung?** Bei der Magenspiegelung werden die Speiseröhre, der Magen und der Zwölffingerdarm untersucht. Damit lassen sich z.B. Entzündungen, Geschwüre, Krampfadern, Polypen oder Tumoren feststellen und teilweise auch behandeln.

**Welche Vorbereitungen sind für eine Magenspiegelung nötig?** Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der Magenspiegelung keine feste Nahrung mehr zu sich. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 3 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

**Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?** Für die Untersuchung wird Ihnen ein Schlafmedikament gespritzt. Die Fahrtüchtigkeit ist für den Rest des Tages nach Erhalt dieses Medikamentes 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.

**Blutverdünnende Medikamente und Magenspiegelung:** Folgende Medikamente (Aspirin, Aspirin cardio, Tiatral, Kardegic, Alcacyl, Asasantin, Plavix, Clopidogrel, Efient, Brilique) müssen nicht abgesetzt werden. Unter diesen Medikamenten können Proben entnommen werden. Auch Marcoumar, Sintrom, Eliquis, Xarelto, Pradaxa und Lixiana müssen bei der Magenspiegelung nicht abgesetzt werden. Bei Kombinationen von oben erwähnten Medikamenten nehmen Sie bitte mindesten sieben Tage vor der Untersuchung Kontakt mit ihrem Arzt auf.

**Wie läuft die Magenspiegelung ab?** Zur Verabreichung des Schlafmittels wird 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 und falls nötig Proben entnehmen. Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine endoskopisch geschulte Pflegefachperson anwesend.

**Welche Risiken sind mit der Magenspiegelung verbunden?** Die Komplikationen der Magenspiegelung sind extrem selten (0,2‰). Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind allergische Reaktion, mögliche Zahnschäden, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der Magenspiegelung auftreten.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?** Für die Magenspiegelung wird ihnen ein Schlafmedikament verabreicht, daher werden Sie nach der Untersuchung überwacht, bis Sie ausgeschlafen haben. Treten im Verlauf starke Schmerzen auf oder kommt es zu Blut im Stuhl, stellen Sie sich auf unserer Notfallstation vor.

**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, Brilique 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:BluthochdruckVorhofflimmernAngina pectoris, HerzinfarktHerzklappenfehler | □□□□□ | HerzschrittmacherSchlaganfallDurchblutungsstörungen in den BeinenKrampfadern | □□□□ |
| Krebserkrankung | □ | Neurologische ErkrankungenEpilepsiePsychische 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** |

**Magenspiegelung**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frage** | **Ja** | **Nein** |
| **Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung** **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:……………….……………………….