Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden uns zur Untersuchung des Analkanals und des Anus (Proktoskopie) 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 Untersuchung des Analkanals und des Anus inklusive lokale Behandlungen von Hämorrhoiden**

**Weshalb erfolgt eine Untersuchung des Analkanal und des Anus?** Durch die Untersuchung des Analkanals können Erkrankungen im Bereich des Anus, des Analkanales erkannt und zum Teil behandelt werden. Es können Gewebeproben entnommen werden oder spezifische Behandlungen, insbesondere von Hämorrhoiden vorgenommen werden.

**Welche Vorbereitungen sind für die Untersuchung des Analkanals und des Anus nötig?** Bei dieser Untersuchung ist in der Regel keine spezielle Vorbereitung nötig.

**Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?** Für die Untersuchung des Analkanls werden in der Regel keine Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente verabreicht. Falls dies von Ihrem Arzt aber empfohlen wird, ist darauf hinzuweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben ist. In diesem Fall kommen Sie 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.

**Wie läuft die Untersuchung des Analkanals ab?** Zur Untersuchung wird meist ein starres Proktoskop verwendet, das in den After eingeführt wird. Im Rückzug kann die durch eine Lichtquelle beleuchtete Schleimhaut beurteilt werden. Gelegentlich wird ein flexibles Instrument (Endoskop) für die Untersuchung verwendet, oder auf ein solches gewechselt, insbesondere dann, wenn die Untersuchung auch den Mastdarm beinhalten soll.

Zur Behandlung von Hämorrhoiden (erweiterte Venen im Rektal-/ Analbereich) können verschiedene Verfahren angewendet werden. Für mittelgroße Hämorrhoiden kann eine sogenannte Bandligatur angewendet werden. Dabei wird die Vene, die den Hämorrhoidalknoten mit Blut versorgt angesaugt und mit einem Gummiband verschlossen (Ligatur). Die ligierte Vene/Hämorrhoide fällt nach einigen Tagen von selbst ab. Meist werden mehrere Ligaturen gesetzt und es bedarf manchmal wiederholte Sitzungen. Eine akut aufgetretene, sehr schmerzhafte Hämorrhoide (Hämorrhoidalthrombose) muss in seltenen Fällen mit einem kleinen Schnitt eröffnet und der geronnen Blutpfropf entnommen werden.

**Ist die Untersuchung des Analkanals schmerzhaft?** Zeitweise kann die Prkotskopie schmerzhaft sein. Nach Interventionen werden Ihnen allfällig Schmerzmittel verordnet.

**Welche Risiken sind mit der Untersuchung des Analkanals verbunden?** Die Untersuchung selbst und die Entnahme von Gewebeproben sind risikoarm. Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen. Mögliche Komplikationen sind vorübergehende anale Schmerzen nach Ligaturen (8%), Blutungen (3%) und lokale Infektionen (< 1%). In Ausnahmefällen kann es zu Verengungen (Stenosen) im Analkanal kommen oder zu vorübergehenden Störungen der Kontinenz. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?** Nach Interventionen jeder Art, sollte für die nächsten Tage auf einen weichen Stuhlgang geachtet werden. Pressen beim Stuhlgang ist zu vermeiden, da es durch den erhöhten Druck zu Verletzungen im Behandlungsgebiet kommen kann. Allfällig wird Ihnen der Arzt ein Abführmittel verordnen. Zur Behandlung von Schmerzen wird Ihnen der behandelnde Arzt ein geeignetes Schmerzmittel verordnen. Nach einer Untersuchung kann es zu leichten Blutungen (meist hellrotes Blut) beim Stuhlgang kommen. Sollten diese nicht nach einigen Tagen aufhören oder es sich um auffallend viel Blut handeln, kontaktieren Sie Ihren Arzt, oder begeben Sie sich auf eine 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: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** |

**Untersuchung des Analkanals und des Anus (Proktoskopie)**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frage | Ja | Nein |
| **Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung des Analkanals und des Anus (Proktoskopie)** **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:……………….……………………….