

## Fragebogen und Einverständniserklärung

Gastroskopie/Magenspiegelung

Koloskopie/Darmspiegelung

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z. B. Sintrom, Marcoumar)? Oder haben Sie in den letzten sieben Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Brufen oder andere Grippe- bzw. Schmerzmittel <b>regelmässig</b> eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen (auch bei kleinen Verletzungen wie z. B. einer Zahnextraktion oder einer früheren Operation) oder eine bekannte Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Medikamente, Latex oder örtliche Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Soja, Eier, Milch oder andere Eiweisse? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Nierenleiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, wurden Sie früher am Herz operiert und/oder haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Metallprothese (Hüft- oder Knieprothesen o. Ä.) implantiert? Implantat: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Zahnprothese oder ein Lippen-/Zungenpiercing? ➔ Muss vor der Magenspiegelung entfernt werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger, oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verwenden Sie bronchienerweiternde Sprays?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann haben Sie das letzte Mal gegessen oder getrunken? Datum: _____ Uhrzeit: _____		

### Fragen zum Aufklärungsgespräch?

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie alle Fragen stellen, die Ihnen wichtig erscheinen. Informieren Sie sich bei Ihrem Hausarzt und auf unserer Website [www.magendarmbern.ch](http://www.magendarmbern.ch). Notieren Sie sich Ihre Fragen und stellen Sie diese bei der Untersuchung im vorangehenden Gespräch.

Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Merkblatt zur Dickdarmspiegelung/Magenspiegelung aufmerksam gelesen und verstanden. Ich bin über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt worden. Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und einer allfälligen Polypenentfernung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Indem Sie die Anweisungen vor und während der endoskopischen Untersuchung genau beachten und die Fragen sorgfältig beantworten, tragen Sie entscheidend zum Erfolg Ihrer Untersuchung und zur Verminderung von Risiken bei.**