

Herr/Frau

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR GASTROENTEROLOGISCHEN UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG – Abgabe-/Versanddatum:

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Enddarmspiegelung** (ev. kombiniert mit einem therapeutischen Eingriff) vorgesehen. Für die Durchführung dieser Untersuchung brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. **Bitte lesen Sie dieses Schreiben sofort nach Erhalt genau durch. Beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite, und unterschreiben Sie dort spätestens am Vortag der Untersuchung. Bringen Sie das Blatt mit zur Untersuchung.** Im ärztlichen Gespräch werden wir **Notwendigkeit** von Untersuchung und Eingriff, **Risiken** sowie allfällige **alternative Methoden** mit Vor- und Nachteilen diskutieren. Notieren Sie sich Fragen und Unklarheiten, die Sie besonders besprechen möchten. Sobald alles klar ist, werden **Sie und der Gastroenterologe die Einwilligung auf der Vorderseite unterzeichnen**. Das unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungsformular wird in Ihrer Krankengeschichte abgelegt. **Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Sie können auch einen vorgängigen Besprechungstermin bei uns vereinbaren.**

Grund für Untersuchung / Verdachtsdiagnose:

ENDDARMSPIEGELUNG mit je nach Befund notwendigen Eingriffen:

Hämorrhoidenbehandlung mit Gummibandabschnürungen und/oder Infrarotverödung, Eröffnen eines thrombosierten Hämorrhoidalknotens, Gewebeproben, Blutstillung, Abtragung eines Haut-/Schleimhautknötchens, Behandlung eines Schleimhautrisses im Darmausgang

Hautfaltenentfernung am After in lokaler Betäubung

Anderes:

- **Ablauf der Untersuchung:** Ein kurzes starres Instrument wird über den After in den Mastdarm eingeführt. Es können notwendige Eingriffe durchgeführt werden. Die Verabreichung eines Beruhigungsmittels ist nicht notwendig.
- **Risiken:** Die mit der Mastdarmspiegelung und den oben aufgeführten Eingriffen verbundenen Risiken sind gering. Ganz selten treten vor allem einige Tage nach Gummibandabschnürung von Hämorrhoiden, verstärkte Blutungen aus dem After auf. Eine nochmalige notfallmässige Enddarmspiegelung zur Blutstillung kann notwendig werden. Infektionen als Folge obiger Eingriffe sind sehr selten. Nach Gummibandabschnürung von Hämorrhoiden können während 1 - 3 Tagen ein unangenehmer anhaltender Stuhl- oder Harndrang sowie ein Druckgefühl im Dammbereich auftreten.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Bei zunehmenden Schmerzen oder starkem Blutabgang aus dem After kontaktieren sie bitte unverzüglich uns, Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- **Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Aufklärungsblatt durchgelesen und verstanden.**
- **Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes sowie über alternative Methoden in verständlicher Weise aufgeklärt.**
- **Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.**
- **Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung, bzw. des Eingriffes einverstanden.**

Burgdorf, den:

Unterschrift Patient/in:

Unterschrift Arzt/Ärztin

.....

.....

.....



Sie können **mithelfen, das Komplikationsrisiko möglichst gering zu halten**, indem Sie die Anweisungen zur **Vorbereitung genau befolgen** und untenstehende **Fragen vollständig beantworten**.

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur **Blutverdünnung** (z.B. Marcoumar, Sintrom, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen **Blutplättchenhemmer** (z.B. Aspirin, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique) oder **Schmerz-/Grippemittel** (z.B. Alcacyl, Voltaren, Brufen, Naproxen, Ponstan) genommen? **Ja** **Nein**
- Besteht eine vermehrte **Blutungsneigung** bei Operationen, bei kleinen Verletzungen z.B. beim Rasieren, Ziehen eines Zahnes? Oder besteht in Ihrer Familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung ? **Ja** **Nein**
- Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? Auf Medikamente?
-
- Leiden Sie an einem **Herzklappenfehler** oder wurden Sie früher an einer **Herzklappe operiert**? **Ja** **Nein**
- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher / Defibrillator** **Ja** **Nein**
- Leiden Sie an **Zuckerkrankheit**? **Ja** **Nein**
Wenn Ja, Behandlung mit **Tabletten** **Insulin**
- Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt ? **Ja** **Nein**
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer **Schwangerschaft** ? **Ja** **Nein**
- Falls Sie **regelmässig Medikamente** einnehmen, bringen Sie bitte eine **aktuelle Medikamentenkarte** mit zur Untersuchung oder **listen Sie die Medikamente nachfolgend auf**.

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift:

(Bitte bis **spätestens am Vortag der Untersuchung** unterschreiben und Datum einfügen)

