



Fragebogen zur Darmspiegelung

Gibt es **Darmkrebs in der Familie**– insbesondere bei Eltern/Geschwistern nein Ja

Wenn ja, wer? _____

Wurde bei Ihnen **früher schon eine Koloskopie** durchgeführt? nein Ja

Wenn ja, wann? _____ wo? _____

Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen**? _____ nein Ja

(wie z.B. Diabetes, Epilepsie, Herz-/Lungenerkrankung/künstl. Herzklappe?)

Besteht eine chronische **Infektionskrankheit** z.B. Hepatitis/HIV? nein Ja

Leiden Sie an **grünem Star** (erhöhten Augeninnendruck)? nein Ja

Tragen Sie ein Metallimplantat/künstliche Gelenke? nein Ja

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator**? nein Ja

Gab es bei früheren Narkosen Komplikationen? nein Ja

Sind Sie **schwanger oder stillen** Sie? nein Ja

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen im Bauchbereich? nein Ja

Wenn ja, welcher Art? _____

Haben Sie eine **Allergie** v.a. gegen Soja/Latex/örtliche Betäubungsmittel
oder Medikamente? nein Ja

Wenn ja, welcher Art? _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? nein Ja

wenn ja welche? _____

Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte **Blutungsneigung**? nein Ja

Nehmen Sie **Blutgerinnungshemmer** wie Marcumar, Aspirin, Godamed, Clopidogrel (Plavix/Iscover),
Ticlopidin (Tyklyd), Efient, Brilique, Eliquis, Pradaxa, Xarelto?

ggf. Pause: _____ Tage, ggf. Bridging besprochen ggf. Heparin rezeptiert

Einverständnis:

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung mit - falls erforderlich – der Entnahme von Gewebeproben
und/oder Polypentfernung sowie der Übermittlung der Präparate an den Pathologen ein. Ich hatte
Gelegenheit alle eventuellen Fragen nach ausreichender Bedenkzeit im Gespräch mit

Dr. _____ vor der Untersuchung zu klären. **Ich erkläre mich zudem mit der
Erhebung/Übermittlung/Anforderung von/meiner Patientendaten über/an meine behandelnden Ärzte
einverstanden. (Sie können Ihr Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung/Anforderung von/Ihrer
Patientendaten jederzeit widerrufen.)**

Eine Durchschrift dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Arzt