



Patienteninformation und –aufklärung Gastroskopie (Magenspiegelung)

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind ist heute eine Magenspiegelung (Gastroskopie) vorgesehen. Dieser Aufklärungsbogen dient zu Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn vor der Untersuchung genau und in Ruhe durch und beantworten Sie die gestellten Fragen.

Voraussetzung für die heutige Untersuchung ist, dass Sie vor 6 Stunden zuletzt gegessen und vor 4 Stunden letztmalig getrunken haben!

Bei dieser Untersuchung wird die Speiseröhre, der Magen und der obere Teil des Zwölffingerdarmes mit Hilfe eines Endoskops untersucht und in der Regel Gewebeprobe(n) aus der Schleimhaut entnommen. Das Endoskop ist ein dünnes, flexibles, optisches Instrument, das über den Mund und Rachen unter Sicht in die Speiseröhre eingeführt und dann in den Magen und Zwölffingerdarm weitergeschoben wird. Sowohl die Untersuchung als auch die Entnahme der Gewebeprobe(n) sind für Sie völlig schmerzfrei. Die Untersuchung dauert 5 bis 10 Minuten. Wir bieten Ihnen für die Untersuchung eine „Beruhigungsspritze“ an, so dass Sie die Untersuchung in einer Art Kurznarkose durchführen lassen können. Bitte bedenken Sie, dass in diesem Fall im Anschluss eine Fahruntüchtigkeit für 12 Stunden besteht. Ebenso sind das Führen von Maschinen sowie das Abschließen von Verträgen am Untersuchungstag nicht erlaubt.

Die Gastroskopie ist im Allgemeinen risikoarm. Trotz größter Sorgfalt kann es in sehr seltenen Fällen zu Blutungen, Verletzungen der Magenwand (Perforation), Infektionen oder Beeinträchtigungen des Kreislaufes oder der Atmung durch die „Beruhigungsspritze“ kommen.

Für die „Beruhigungsspritze“ ist es notwendig eine kleine Plastiknüle in einer Armvene zu platzieren. Sehr selten kann es in der Folge zu Schmerzen oder einer Entzündung der Venen in diesem Bereich kommen.

Bitte beantworten Sie nun folgende Fragen:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente z.B. ASS/Aspirin, Marcumar, Xarelto, Efiend, Iscover/ Clopidogrel/Plavix, Pradaxa, Brilique, Eliquis, Ticlid/Ticlopidin, Godamed ein? Ja Nein

Besteht eine chronische Erkrankung (z. B. Herz-/Lungenerkrankung, Hepatitis, HIV) Ja Nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe, einen Herzfehler oder hatten Sie schon einmal eine Herzmuskelentzündung? Ja Nein

Haben Sie/Ihr Kind lockere Zähne oder tragen Sie einen Zahnersatz Ja Nein

Besteht eine Allergie? Wenn ja welche? Ja Nein

Haben sich bei einer eventuellen früheren Magenspiegelung Komplikationen oder Besonderheiten ereignet? Ja Nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja Nein

Ich bin mit der Untersuchung (inklusive Entnahme von Gewebeprobe(n)) und der Erhebung/Übermittlung/Anforderung von Patientendaten über/an meine behandelnden Ärzte einverstanden. (Sie können Ihr Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung/Anforderung Ihrer Patientendaten jederzeit widerrufen.)

Ort und Datum

Unterschrift Patient/-in / Erziehungsberechtigter /gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

MFA