



Fragebogen Darmspiegelung

- Gibt es **Darmkrebs in der Familie** – insbesondere bei Eltern/Geschwister nein Ja
Voruntersuchungen/Vorbefunde. Die letzte Koloskopie war am _____ (Datum)
Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen**?
wie z.B. Diabetes, Epilepsie, Herz-/Lungenerkrankung/künstl. Herzklappe? nein Ja
Besteht eine chronische **Infektionskrankheit** z.B. Hepatitis/AIDS? nein Ja
Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte **Blutungsneigung**? nein Ja
Haben Sie grünen Star/erhöhten Augendruck? nein Ja
Tragen Sie ein Metallimplantat/künstliche Gelenke? nein Ja
Tragen Sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator**? nein Ja
Gab es bei Ihnen jemals einen **Narkosemittelzwischenfall**? nein Ja
Sind Sie schwanger oder stillen Sie? nein Ja
Hatten Sie Operationen im Bauchbereich? nein Ja
Haben Sie eine **Allergie** v.a. gegen Soja/Latex/örtliche Betäubungsmittel
oder Medikamente? nein Ja
-
-

Aktuelle Medikamente?: _____

Nehmen Sie **Blutgerinnungshemmer** ? 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. Eine Durchschrift
dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient

Arzt