



## Patienteninformation-/Aufklärung und Einverständniserklärung

# Magen-/Darmspiegelung

Sehr geehrte/r Patient/in,

es wurde Ihnen empfohlen, eine

**Darmspiegelung** (Ileo-Koloskopie)  **kombinierte Magen/Darmspiegelung**

durchführen zu lassen, gegebenenfalls mit

**endoskopischer Behandlung** (z.B. Dehnung von Engstellen, Polypenentfernung, Verödung, Blutstillung)

Diese Information dient der Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch über die empfohlene Untersuchung. Im Gespräch werden Grund und Nutzen des Eingriffes mit Ihnen erörtert, individuelle Risiken erfasst und über die Behandlungen und deren Risiken aufgeklärt. Dabei können alle Ihre Fragen beantwortet werden, anschließend können Sie die Einwilligung zur empfohlenen Untersuchung geben. Bitte lesen Sie sorgfältig und beantworten Sie gewissenhaft die Fragen am Ende des Bogens.

## Mögliche Gründe für den Eingriff

Die Spiegelung (Endoskopie) des Verdauungstraktes dient u.a.

- bei beschwerdefreien Patienten der Vorsorge gegen Darmkrebs sowie
- zur Abklärung von Beschwerden wie z.B. veränderten Stuhlgewohnheiten wie Durchfall, Verstopfung Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Schluckstörungen, Sodbrennen, Übelkeit, Völlegefühl, ferner unklarer Blutarmut, Gewichtsabnahme u.v.m.

## Durchführung der Darmspiegelung bzw. der kombinierten Magen/Darmspiegelung

Siehe auch ausgehändigtes/ausliegendes Informationsmaterial, sowie über unsere Homepage [www.burlefinger-beigel.de](http://www.burlefinger-beigel.de) unter der Rubrik („Service“) und Erklär-Videos über den QR-Code.



Bei der Darmspiegelung wird ein flexibles Endoskop über den After bis zum Anfang des Dickdarms/ Einmündung des Dünndarms vorgeschoben und dann beim Rückzug des Gerätes unter Zugabe von Luft bzw. CO<sub>2</sub>, was der Entfaltung und somit besseren Beurteilung dient, die innere Darmwand bzgl. krankhafter Veränderungen untersucht. Bei einem auffälligen bzw. abklärungsbedürftigen Befund wird dieser je nach Größe entweder mittels einer kleinen Zange als Gewebeprobe (Biopsie) oder im Falle größerer Veränderungen wie z.B. Polypen mittels einer (Elektro-)Schlinge, die gleichzeitig das Gewebe schneidet und verödet, abgetragen, damit das Gewebe anschließend feingeweblich/histopathologisch untersucht werden kann. Solche Gewebeprobenentnahmen sind gewöhnlich schmerzfrei. Bei der Magenspiegelung wird ein spezielles dünneres Endoskop über den Mund durch die Speiseröhre in den Magen bis zum Zwölffingerdarm vorgeschoben und in ähnlicher Weise wie bei der Darmspiegelung die Innenseiten dieser Organe untersucht und meist Gewebeproben entnommen.



## Alternativmethoden

Zur Beurteilung des Magen/Darmtrakts können auch bildgebende Verfahren wie z.B. Ultraschall, Computertomographie, Kernspintomographie oder auch die Kapselendoskopie (Minikamera zum Schlucken, die den gesamten Magen/Darm-Trakt durchläuft) angewandt werden, wobei bei all diesen Verfahren keine Möglichkeit besteht Proben zu entnehmen oder Polypen zu entfernen oder auffällige Areale intensiver zu begutachten.

## Mögliche Nebenwirkungen/ Komplikationen der Darmspiegelung bzw. der kombinierten Magen- und Darmspiegelung

Bei der Untersuchung selbst treten selten Komplikationen auf. Das Risiko ernster Komplikationen ist bei einer rein diagnostischen Untersuchung außerordentlich gering, es liegt statistisch im Promille-Bereich. Statistisch höher ist die Wahrscheinlichkeit für entsprechende Komplikationen bei endoskopischen Eingriffen (z.B. Entfernung größerer Polypen, tiefer Gewebeproben, Aufweitung von Engstellen, Entfernung von Fremdkörpern u.ä.).

Mögliche Komplikationen, die unmittelbar oder verzögert auftreten können:

- Im Rahmen der Abführmaßnahmen kann es aufgrund des Flüssigkeitsverlustes zu einer Kreislauf-Reaktion mit Kollapsneigung kommen. Sollte bei Ihnen ein niedriger Blutdruck vorbekannt sein, so sprechen Sie uns bitte an; in diesem Fall kann eventuell eine Vorbereitung unter stationären Bedingungen sinnvoll sein
- Lippen- oder Zahnverletzungen durch den Beißring oder Manipulation, Halsschmerzen, Heiserkeit und Schluckbeschwerden, sehr selten Kehlkopfverletzung und Aspiration (nur Magenspiegelung)
- Schließmuskelverletzung (nur Darmspiegelung)
- Verletzung oder z.B. Einriss der Wand des untersuchten Organes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Dickdarm) oder umgebender Organe (z.B. Milz) mit eventuell erforderlicher (Not-)Operation. Bei Verletzung der Wand Gefahr des Austritts von Keimen in den Bauchraum mit Entzündung. Kleinere Verletzungen/Einrisse können meist endoskopisch behandelt werden

- stärkere Blutungen z.B. auch nach Gewebsentnahmen oder Polypenabtragungen. Auch diese können meist endoskopisch gestillt werden. Sollte die Übertragung von Fremdblut notwendig sein, ist naturgemäß ein sehr geringes Infektionsrisiko (z.B. Hepatitis oder HIV) nicht völlig auszuschließen.
- Nach der Abtragung größerer Polypen kann es selten zu Bauchschmerzen oder Infektionen z.B. durch Keimausbreitung in die Blutbahn kommen, dies ist meist konservativ behandelbar.

## Mögliche, aber seltene Nebenwirkungen/ Komplikationen einer Sedierung/Narkose

Während Gewebeentnahmen weitestgehend schmerzfrei sind, kann die Untersuchung selbst als unangenehm oder sogar schmerzhaft empfunden werden. Vor dem Eingriff kann daher zur Sedierung ein Beruhigungsmittel appliziert werden.

Mögliche Nebenwirkungen/Komplikationen hierunter sind:

- Schmerzen an der Einstichstelle des venösen Gefäßzugangs, der für die Gabe des Beruhigungsmittels notwendig ist
- Nerven/-Gewebeschäden und Venenentzündungen/-Thrombosen, wenn das Beruhigungsmittel neben die Vene gelangt
- Nerven/-Gewebeschäden durch Lagerung bzw. eingriffsbegleitende Maßnahmen
- Beeinträchtigung der Atemfunktion bis hin zum Atemstillstand
- Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand, Herzinfarkt
- Abfall von Blutdruck und Puls
- Aspiration (Einatmen von Magenflüssigkeit)
- Überempfindlichkeitsreaktion bzw. allergische Reaktion auf Pflaster oder Medikamente bis hin zum Kreislaufschock

Wenn Sie vor der Untersuchung eine Beruhigungsspritze (Sedierung) erhalten, wird dadurch Ihr Reaktionsvermögen, je nach Medikament, für bis zu 24 Stunden beeinträchtigt. Während dieser Zeit dürfen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine Maschinen bedienen und keine wichtigen Entscheidungen treffen. Zudem ist dann die Abholung und anschließende Betreuung durch eine erwachsene Begleitperson nach der Untersuchung empfohlen.



## Fragen, beantwortet durch

Bitte Name und Vorname, Geburtsdatum, Größe und Gewicht hier eintragen:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen uns damit Risiken für Ihre Untersuchung zu erkennen.

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

**Marcumar**  **Aspirin/ASS**  **Andere:** \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein? Welche?

\_\_\_\_\_

Bluten Sie verstärkt oder entwickeln sich blaue Flecken auch nach kleinen Verletzungen?  Ja  Nein

Haben Sie einen grünen Star der Augen (sog. Glaukom)?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Thrombosen oder Embolien? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Herzerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Rhythmusstörung, KHK)?  Ja  Nein

Haben Sie Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)?  Ja  Nein

Haben Sie Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie eine Krebserkrankungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche?  Ja  Nein

Haben Sie Metallteile/Implantate/Herzschrittmacher im Körper?  Ja  Nein

Besteht eine chronische Infektionskrankheit?  **Hepatitis**  **HIV**  **Andere:** \_\_\_\_\_

Wurden Sie am Magen/Darmtrakt oder gynäkologisch operiert?  Ja  Nein

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie lockerer Zähne/herausnehmbare Zahnprothesen?  Ja  Nein

Nur bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein/sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn Sie noch weitere Fragen haben oder weitere Einzelheiten wissen möchten, geben wir Ihnen gerne Auskunft. Notieren Sie Ihre Fragen hier:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieses Feld bitte frei lassen für die Praxis.



## Einverständniserklärung und Einwilligung zur

### Darmspiegelung Darmspiegelung mit Magenspiegelung

Ich habe die Patienten-Informationen gelesen und alle weiteren Informationen in einem persönlichen Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Dies gilt ausdrücklich auch für eine ggfs. notwendige Interventionserweiterung des Eingriffs mit Gewebeabtragung mittels Zange oder Schlinge.

Ja  Nein

Ausreichende Informationen zu der geplanten Untersuchung, die Art, Gründe, Alternativen, Vorbereitung und Durchführung beschreiben, habe ich erhalten und verstanden.

Ich hatte mehrfach Gelegenheit Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass ich mich jederzeit ohne nachteilige (finanzielle) Folgen von der Behandlungs-Vereinbarung lösen kann. Nach für mich ausreichender Bedenkzeit willige ich in die vorgesehene Untersuchung ein.

Für den Fall, dass zur Untersuchung eine Sedierung (Beruhigungsspritze) verabreicht wird, versichere ich, dass ich am Untersuchungstag nicht selbst mit einem Fahrzeug (Auto, Motorrad, Fahrrad, Roller, eScooter etc.) nach der Untersuchung nach Hause fahre, aktiv am Straßenverkehr teilnehme bzw. schwere Maschinen bediene.

Ich wurde darüber informiert, dass ich mich nach der Untersuchung bei Beschwerden oder bei Beeinträchtigungen meines körperlichen Wohlbefindens, wie zum Beispiel Bauchschmerzen, Blutungen, Schweißausbrüchen, Fieber, Schwindel oder Übelkeit unverzüglich zur Therapie zu meinem behandelnden Arzt oder in ein Krankenhaus begeben muss.

Ich möchte vorstehende Dokumentation der Aufklärung und Einverständniserklärung in **Kopie** erhalten

Ja  Nein

Ich **verzichte** ausdrücklich auf eine **längere Bedenkfrist**, da mir der Ablauf sowie die Risiken der geplanten Untersuchung (z.B. aufgrund einer bereits früher stattgefundenen Untersuchung) bereits ausreichend bekannt sind.

**Anmerkungen** zum Gespräch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
ggfs. gesetzlicher Vertreter/Dolmetscher

\_\_\_\_\_  
Arzt