

Herr/Frau .....

## **AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG**

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Magenspiegelung** (ev. kombiniert mit einem therapeutischen Eingriff) vorgesehen. Für die Durchführung dieser Untersuchung brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. **Bitte lesen Sie dieses Schreiben genau durch und beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite. Bringen Sie es 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 die Einwilligung unterzeichnen. Das unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungsformular wird in Ihrer Krankengeschichte abgelegt.

**Grund für Untersuchung / Verdachtsdiagnose:** .....

**MAGENSPIEGELUNG** mit je nach Befund notwendigen endoskopischen Eingriffen:  
**Gewebeproben, Blutstillung, Aufweitung der Speiseröhre, Abtragung eines Schleimhautknötchens**

mit Einlage einer Nährsonde durch die Bauchwand in den Magen       mit Behandlung innerer Krampfadern  
 Anderes:.....

- **Ablauf der Untersuchung:** Nach örtlicher Betäubung des Rachens und in der Regel intravenöser Verabreichung eines Beruhigungsmittels wird ein bewegliches Instrument durch den Mund in die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm eingeführt. Es können notwendige endoskopische Eingriffe durchgeführt werden.
- **Risiken:** Komplikationen sind bei einem rein diagnostischen Eingriff (inkl. Gewebeprobe) extrem selten. Bei den oben erwähnten Behandlungen kann es selten zu einer Blutung, Infektion oder Verletzung kommen. Sehr selten kann dies eine Operation zur Folge haben.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Bei Schluckbeschwerden, Erbrechen, zunehmenden Schmerzen oder Kreislaufproblemen 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 Ärztin/Arzt:

.....



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

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcoumar, Sintrom) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Voltaren, Brufen, Ponstan oder ähnliche Grippe- bzw. Schmerzmittel genommen? Ja  Nein

- Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen (auch bei kleinen Verletzungen z.B. Ziehen eines Zahnes)? 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

- Leiden Sie an Zuckerkrankheit? Ja  Nein

Wenn Ja, Behandlung mit  Tabletten

Insulin

- Falls Sie regelmässig Medikamente einnehmen, bringen Sie bitte eine aktuelle Medikamentenkarte mit zur Untersuchung oder listen Sie die Medikamente nachfolgend auf.

.....

.....

.....

.....

.....

.....