

Herr/Frau .....

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

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Bei Ihnen ist eine **Dickdarmspiegelung** (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:** .....

**DICKDARMSPIEGELUNG** mit je nach Befund notwendigen endoskopischen Eingriffen:  
**Gewebeproben, Abtragung eines Schleimhautknötchens, Aufdehnung, Blutstillung**

mit Abtragung eines Schleimhautknötchens (Polypektomie)

**Anderes:** .....

- **Ablauf der Untersuchung:** Ein bewegliches Instrument wird über den After in den gereinigten Dickdarm eingeführt und bis zum Mündungsbereich des Dünndarmes vorgeschoben. Es können notwendige endoskopische Eingriffe durchgeführt werden. In der Regel wird ein Beruhigungs- und Entspannungsmittel intravenös verabreicht.
- **Risiken:** Die rein diagnostische Untersuchung und die Entnahme von Gewebeproben sind mit einem nur sehr geringen Risiko behaftet. Die Entfernung von Schleimhautknötchen (Polypektomie) kann selten eine Blutung oder eine Verletzung des Darmes nach sich ziehen. Sehr selten ist dann eine notfallmässige Operation notwendig.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Die während der Untersuchung in den Darm eingeblasene Luft kann zu einem mehrere Stunden anhaltenden Druckgefühl im Bauch führen. Bei zunehmenden Schmerzen, Erbrechen oder Blutabgang aus dem After 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....