

Herr/Frau .....

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

Sehr geehrte(r) Patient(in)

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

**MASTDARMSPIEGELUNG** mit je nach Befund notwendigen Eingriffen:

- **Hämorrhoidenbehandlung mit Gummibandabschnürungen und/oder Infrarotverödung**
- **Eröffnen eines thrombosierten Hämorrhoidalknotens**
- **Gewebeproben**
- **Blutstillung**
- **Abtragung eines Schleimhautknötchens**
- **Behandlung eines Schleimhautrisses im Darmausgang**

**Hautfaltenentfernung am After in lokaler Betäubung**

**Anderes:** .....

- **Ablauf der Untersuchung:** Ein kurzes starres Instrument wird über den After in den Mastdarm eingeführt. Es können notwendige Eingriffe durchgeführt werden. Die Verabreichung eines Beruhigungsmittels ist nicht notwendig.
- **Risiken:** Die mit der Mastdarmspiegelung und den oben aufgeführten Eingriffen verbundenen Risiken sind minimal. Ganz selten treten, vor allem einige Tage nach Gummibandabschnürung von Hämorrhoiden, verstärkte Blutungen aus dem After auf. Eine nochmalige notfallmässige Mastdarmspiegelung zur Blutstillung kann notwendig werden. Infektionen als Folge obiger Eingriffe sind sehr selten. Nach Gummibandabschnürung von Hämorrhoiden können während 1 - 3 Tagen ein unangenehmer anhaltender Stuhl- oder Harndrang sowie ein Druckgefühl im Dammbereich auftreten.
- **Verhalten nach der Untersuchung:** Bei zunehmenden Schmerzen oder starkem 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....