



## **Aufklärung zur Gastroskopie**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**bei Ihnen soll eine Magenspiegelung genannt Gastroskopie (genau: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) durchgeführt werden. Bitte lesen Sie sich folgende Information genau durch und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Untersuchung am Ende des Textes.**

Bei der Magenspiegelung werden Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm durch ein flexibles Endoskop betrachtet. Falls erforderlich können Gewebeproben aus der Schleimhaut der einzelnen Abschnitte entnommen werden. Diese werden dann im pathologischen Labor feingeweblich und/oder auf Bakterien (*Helicobacter pylori*, HLO) untersucht.

**Voraussetzung:** Zur Untersuchung sollten Sie nüchtern erscheinen: d. h. ab dem Vorabend 19:00 Uhr bitte nicht mehr essen und ab 21:00 Uhr nicht mehr trinken. Bedenken Sie bitte auch im Voraus: Falls Sie eine Sedierung (Schlafspritze) zur Untersuchung wünschen, dürfen Sie 24 Std. nicht mehr Auto fahren oder Maschinen bedienen. Bitte Ihre An- und Abfahrt entsprechend organisieren.

**Durchführung:** Vor der Untersuchung wird die Rachenschleimhaut zur Betäubung eingesprüht um einen möglichen Würgereiz zu vermindern. Falls gewünscht bekommen Sie eine Spritze um die Magenspiegelung zu verschlafen. Die Untersuchung wird in linker Seitenlage durchgeführt und dauert ca. 10 – 15 Minuten. Wegen der Rachenanästhesie sollten Sie eine Dreiviertelstunde nach dem Eingriff noch nichts essen um sich nicht zu verschlucken.

**Juristische Aufklärung und Einverständnis:** Die Gastroskopie ist heute eine Standardmethode und wird routinemäßig in großer Zahl durchgeführt. Es treten äußerst selten Komplikationen auf, dennoch sind sie grundsätzlich möglich. Komplikationen könnten z. B. sein: Verletzung der Schleimhäute oder Blutungen die evtl. weitere Eingriffe oder Operationen erfordern könnten. Grundsätzlich sind auch Überempfindlichkeitsreaktionen auf verabreichte Medikamente zur Beruhigung oder Sedierung möglich, sowie Beeinträchtigungen der Atemfunktion.

**Bitte lassen Sie am Untersuchungstag Ihre Wertsachen zu Hause!**

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.**

Haben Sie Allergien gegen Latex, Soja, Pflaster oder Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<b>ASS, Marcumar, Plavix, Iscover</b>
Haben Sie einen grünen Star (Glaukom) der Augen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Haben sie einen Herzschrittmacher, einen Herzpass oder Metallimplantate?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, Aids)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

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

**Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt