



Patientenkleber

## Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Kapselendoskopie

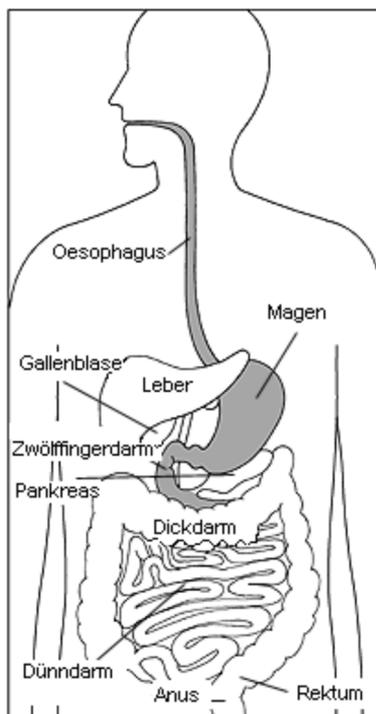
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie haben zusammen mit Ihrem Arzt entschieden, dass bei Ihnen im Rahmen der Abklärungen eine Untersuchung durchgeführt werden sollte, die als **Kapselendoskopie** bekannt ist. Vorgängig möchten wir Sie über den Untersuchungsablauf, die Eingriffsmöglichkeiten und die Risiken informieren. Hierfür haben wir Ihnen folgende Beilagen:

- ein Informationsblatt
- einen Fragebogen
- die Einverständniserklärung
- separates Merkblatt zur Vorbereitung (und Ablauf)

**Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erhalt durch. Füllen Sie den Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen spätestens am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

**Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt. Diese müssen unbedingt zu der Konsultation mitgebracht werden!**



Dateiname	Verfasst von	Veröffentlicht am	Geltungsbereich	Version
Kapselendoskopie Einverständniserklärung.docx	Haarer Johannes HOCH- GASTRO	14.01.2025	SV übergreifend	1.0

## Informationsblatt zur Kapselendoskopie

### Weshalb erfolgt eine Kapselendoskopie?

Die Kapselendoskopie ermöglicht die Untersuchung derjenigen Abschnitte des Dünndarms, die durch eine Magenspiegelung oder Dickdarmspiegelung nicht eingesehen werden. Dafür muss eine Video-Kapsel von der Grösse einer grossen Tablette geschluckt werden, die passiv befördert wird. Diese Kapsel enthält eine Kamera, mit der pro Sekunde etwa zwei Bilder aufgenommen werden, welche unmittelbar mit einem Sender an die am Bauch aufgeklebten Empfänger (Sensoren) geschickt werden. Diese Sensoren sind über Kabel mit dem Aufnahmegerät verbunden. Das Aufnahmegerät wird während der Untersuchung in einem Gurt über den Kleidern getragen. Alle Bilder werden während der Untersuchung vom Aufnahmegerät gespeichert, Ihr Tagesablauf wird nicht gestört. Mit der Aufnahme dieser Bilder, die durch Ihren Arzt nach Abschluss der Kapselpassage angeschaut werden, können krankhafte Veränderungen des Dünndarms (wie z.B. entzündliche Veränderungen, Geschwüre, Polypen oder Tumore), die für Ihre Beschwerden verantwortlich sein können erkannt werden. Mit dieser Untersuchung können keine Gewebeproben gewonnen oder Eingriffe durchgeführt werden.

**Welche Vorbereitungen sind für eine Kapselendoskopie nötig?** Wie bei der Dickdarmspiegelung erfordert die optimale Untersuchung des Dünndarmes eine gründliche Reinigung des Darmes (siehe separate Anweisungen zu Vorbereitung/Ablauf). Bitte befolgen Sie die Anweisungen zur Darmreinigung genau.

**Fahrtüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit nach der Untersuchung?** Keinerlei Einschränkungen!

**Wie läuft die Kapselendoskopie ab?** Nach dem Schlucken der Videokapsel können Sie das Spital wieder verlassen (**beachten Sie auch die weiteren Anweisungen im Anhang**). Der Gurt mit den Sensoren und das Aufnahmegerät dürfen während der Untersuchung nicht entfernt werden. Die Untersuchungszeit dauert ungefähr 8 Stunden. Über die korrekte Funktionsweise des Aufnahmegerätes werden Sie instruiert. Bei Störungen wenden Sie sich bitte sofort an das zuständige Pflegepersonal. Die Übermittlung der Bilddaten von der Kapsel auf das Aufnahmegerät kann durch Interferenzen (Fernbedienung, Mobiltelefone, Funkantennen, etc.) gestört sein. *Wie bitten Sie deshalb sich von Geräten mit drahtloser Übermittlung fern zu halten. Ebenso sollte der Aufenthalt in der Nähe von elektromagnetischen Strahlungsquellen (z.B. Amateurfunk, Kernspintomographie –MRI-, etc.) gemieden werden.*

**Welche Risiken / Probleme sind mit der Kapselendoskopie verbunden?** Die Kapselendoskopie ist risikoarm. In seltenen Fällen kann es durch ein Steckenbleiben der Kapsel zu einem Darmverschluss kommen, der eine endoskopische oder operative Entfernung der Kapsel notwendig macht (<1%). Bei Patientinnen/Patienten, die bereits einmal einen Darmverschluss erlitten haben oder bei denen eine Engstellung des Darmes (Stenose) vermutet wird, ist das Risiko erhöht. Ab und zu kann es zu technischen Problemen kommen (8 von 100), welche die Aussagekraft der Untersuchung vermindern.

**Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?** Falls Sie während oder nach der Untersuchung Bauchschmerzen, Fieber oder Übelkeit entwickeln, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt oder suchen Sie eine Notfallstation auf.

**Fragen zur Untersuchung?** Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt oder besuchen Sie unsere Internetseite: <https://www.h-och.ch/gastroenterologie-hepatologie/leistungsangebot/>(unter Leistungsangebot).

### Sonstiges:

**Sorgfalt** Die Geräte, die wir Ihnen für die Untersuchung anbringen (Aufnahmegerät, Sensoren, Batterien, Kabel und Tragegurt) kosten insgesamt ca. CHF 13'000.-. Wir möchten Sie bitten, **diese Geräte mit äusserster Sorgfalt zu behandeln**; bei **fahrlässig** verursachten Schäden können Sie zur Verantwortung gezogen werden.

### Welche Aktivitäten sind NICHT erlaubt?

- Keine schwere körperliche Arbeit
- Kein Sport
- Kein Wasserkontakt: kein Schwimmen, Baden...
- Kein Aufenthalt in der Nähe von elektromagnetischen Strahlungsquellen (wie unter Punkt „Wie läuft die Kapselendoskopie ab“ bereits detailliert erwähnt)

# Fragebogen

## Einschätzung des Risikos einer Kapselendoskopie

Ja Nein

1. Hatten Sie jemals einen Darmverschluss?		
2. Wird bei Ihnen ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa vermutet?		
3. Wird bei Ihnen eine Engstellung (Stenose) des Darmes vermutet?		
4. Haben Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder andere elektronische Implantate?		
5. Nehmen Sie Schmerz-, Rheumamittel oder Aspirin ein? Wenn ja, welche, wie viel? -----		
6. Sind Sie allergisch auf Medikamente? Wenn ja, auf welche -----		
7. Leiden Sie an Schluckbeschwerden?		
8. Sind Sie im Bauchbereich bestrahlt worden?		
9. Sind Sie schwanger?		
10. Hatten Sie jemals eine Bauchoperation? Wenn ja, welche? - Blinddarm - Magenoperation - Operationen des Dickdarmes - Operationen am Dünndarm - Operationen an Leber, Bauchspeicheldrüse - Operationen an der Gebärmutter, Eierstöcke - Andere?		
<b>Bemerkungen:</b>		

Ich, die / der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt!

Ort / Datum:

Name Patient:

Unterschrift Patient:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Kapselendoskopie

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über den Grund (Indikation) für die Kapselendoskopie aufgeklärt. Über Art, Ablauf und Risiken der Kapselendoskopie wurde ich in verständlicher Weise aufgeklärt.

Ich wurde über den Wert der Ausrüstung informiert und verpflichte mich, mit den Geräten sorgfältig umzugehen. Bei fahrlässigem Schaden werde ich finanziell zur Rechenschaft gezogen.

(Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung der Kapselendoskopie einverstanden

Ja	Nein
----	------

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können.

Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen. Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden?

Ja	Nein
----	------

Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus!

Name Patient:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Unterschrift Patient:

\_\_\_\_\_

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Name Arzt:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt:

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_