



Patientenkleber

## Patienteninformation und Einverständniserklärung

### zur Magenspiegelung (Oesophagogastroduodenoskopie) und/oder Ultraschalluntersuchung von Innen (Endosonographie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist es notwendig, eine **Magenspiegelung** (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie) und/oder eine **Ultraschalluntersuchung von Innen** (Endosonographie) durchzuführen. Vorgängig möchten wir Sie über den Untersuchungsablauf, die Eingriffsmöglichkeiten und die Risiken informieren. Hierfür erhalten Sie von uns folgende Beilagen:

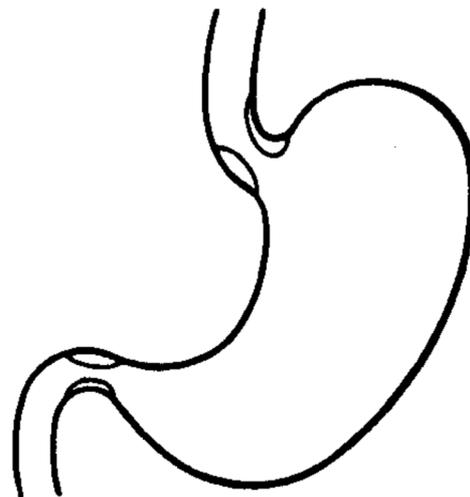
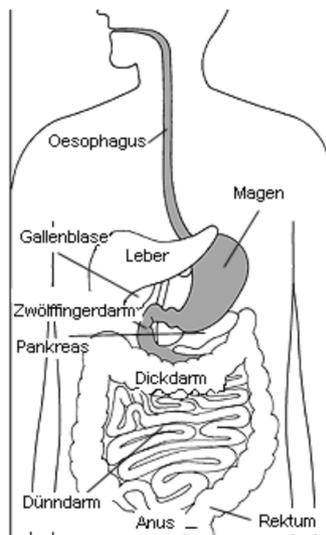
- **Informationsblatt**
- **Fragebogen**
- **Einverständniserklärung**

**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. Daher müssen diese Unterlagen unbedingt zur Untersuchung mitgebracht werden!**

Folgende Untersuchung ist bei Ihnen vorgesehen:

- Magenspiegelung evt. mit Entnahme von Gewebeproben
- Endosonographie evt. mit Entnahme von Gewebeproben



| Dateiname  | Verfasst von                    | Veröffentlicht am | Geltungsbereich | Version |
|--|---------------------------------|-------------------|-----------------|---------|
| Magenspiegelung diagnostisch<br>Einverständniserklärung.docx | Haarer Johannes HOCH-<br>GASTRO | 14.01.2025        | SV übergreifend | 1.0     |

## Informationsblatt zur Magenspiegelung und/oder Ultraschalluntersuchung von innen

### Weshalb erfolgt eine Magenspiegelung / eine Endosonographie?

Bei der Magenspiegelung werden die Speiseröhre, der Magen und der Zwölffingerdarm untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen (z.B. Entzündungen, Geschwüre, Krampfadern, Polypen oder Tumore) und teilweise auch behandeln oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kontrollieren. Mit der Endosonographie (Ultraschall von innen) kann man auch die umliegenden Organe beurteilen.

### Welche Vorbereitungen sind für eine Magenspiegelung nötig?

Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der Magenspiegelung keine feste Nahrung mehr zu sich, da der obere Verdauungstrakt für die Magenspiegelung frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 3 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Pausieren Sie am Tag der Untersuchung Ihre regulären Medikamente, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

### Fahrtüchtigkeit / Arbeitsfähigkeit nach der Untersuchung?

Für die Untersuchung werden Ihnen **Schlaf-** und/oder **Schmerzmittel** verabreicht. Sie dürfen bis 24 Stunden nach der Untersuchung **kein Fahrzeug lenken** und **keine wichtigen Entscheidungen** treffen. Bei ambulanten Untersuchungen sollten Sie sich fahren lassen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen.

### Wie läuft die Magenspiegelung ab?

Um die Untersuchung angenehm zu gestalten, werden Ihnen in der Regel Schlafmittel, bei Bedarf auch Schmerzmittel mittels Infusionsleitung verabreicht. In Ausnahmefällen kann darauf auch verzichtet werden und lediglich eine örtliche Betäubung des Rachens mit einem Spray durchgeführt werden. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen "Schlauch" (Endoskop), an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Schleimhaut des Magens und des Dünndarmes einsehen, nach krankhaften Veränderungen absuchen und Gewebeproben entnehmen. Die Untersuchung und die Entnahme von Gewebeproben verursachen keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine speziell geschulte Pflegefachperson anwesend. Zu Ihrer Sicherheit werden Ihre Kreislaufwerte während der Untersuchung kontinuierlich überwacht.

### Welche Risiken sind mit der Magenspiegelung verbunden?

Komplikationen sind bei einer Magenspiegelung extrem selten (2%). Zu erwähnen sind allergische Reaktionen, mögliche Zahnschäden, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes. Sehr selten benötigt die Behandlung einer Komplikation eine Operation, meistens kann die Komplikation jedoch mit endoskopischen/medizinischen Massnahmen behandelt werden. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der Magenspiegelung auftreten. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zur Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen.

### Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray dürfen Sie während mind. einer Stunde nichts essen und trinken.

Treten nach der Magenspiegelung **Bauchschmerzen** oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) oder tritt Blut aus dem After aus (meist in Form von schwarzem, dünnflüssigem Stuhl), informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen Sie auf eine Notfallstation.

### Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren zuweisenden Arzt oder an den Dienstarzt der Gastroenterologie und Hepatologie (071 494 9696).

Besuchen Sie bitte vorgängig unsere Internetseite: <https://www.h-och.ch/gastroenterologie-hepatologie/leistungsangebot>. Auf der Hauptseite im Internet finden Sie unter **Leistungsangebot** einen erklärenden **Film über die oben genannte Untersuchung!** Abschliessende Fragen können Sie auch direkt vor der Untersuchung mit dem untersuchenden Arzt klären.

## Fragebogen

### Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| 1. Haben Sie starkes <b>Nasenbluten</b> ohne ersichtlichen Grund?   |    |      |
| 2. Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen)?   |    |      |
| 3. Haben Sie „ <b>blaue Flecken</b> “ ( <b>Hämatome</b> ) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne Ersichtliche Verletzungen?  |    |      |
| 4. Haben Sie den Eindruck, dass Sie <b>nach kleinen Verletzungen länger bluten</b> (z.B. beim Rasieren)?  |    |      |
| 5. <b>Bei Frauen:</b> Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine <b>verlängerte Menstruationsblutung</b> (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen? |    |      |
| 6. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen</b> während oder <b>nach einer Zahnbehandlung</b> gehabt?  |    |      |
| 7. Haben Sie längere oder schwere <b>Blutungen während oder nach Operationen</b> gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?                               |    |      |
| 8. Haben Sie während Operationen <b>Blutkonserven</b> oder <b>Blutprodukte</b> erhalten?  |    |      |
| 9. Besteht <b>in Ihrer Familie</b> (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tanten) eine <b>Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung</b> ?                     |    |      |
| <b>Bemerkungen:</b>   |    |      |

### Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| 1. Traten bei Ihnen bei einer <b>Narkose</b> schon einmal Probleme auf?   |    |      |
| 2. Wurden bei Ihnen schon <b>Eingriffe am Magen-Darm-Trakt</b> vorgenommen?   |    |      |
| 3. Sind Sie <b>Diabetiker/in</b> ?  |    |      |
| 4. Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher / Defibrillator</b> oder ein <b>Metallimplantat</b> ?  |    |      |
| 5. Ist bei Ihnen eine <b>Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)</b> bekannt?   |    |      |
| 6. Tragen Sie <b>Bauch- oder Intimpiercings</b> ? (Wenn ja, bitte entfernen!)   |    |      |
| 7. Haben Sie <b>lockere Zähne</b> , eine <b>Zahnprothese</b> oder eine <b>Zahnkrankheit</b> ?   |    |      |
| 8. Leiden Sie an einem <b>Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit</b> ?<br>Haben Sie einen Ausweis zur <b>Endokarditis-Prophylaxe</b> ?  |    |      |
| 9. <b>Bei Frauen:</b> Sind Sie <b>schwanger</b> oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> ?   |    |      |
| 10. Leiden Sie an einer Erkrankung der <b>Atemwege</b> oder an <b>Schlafapnoe</b> ? Wenn ja, welche?<br>-----   |    |      |
| 11. Haben Sie eine <b>Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion</b> (gegen Medikamente, Soja, Latex, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster, etc.)? Wenn ja, welche?<br>-----  |    |      |
| 12. Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung</b> ein (z.B. Sintrom, Marcoumar) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen <b>Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc.</b> oder <b>Grippemittel, Schmerzmittel</b> oder <b>Rheumamittel</b> eingenommen? Wenn ja, welche?<br>----- |    |      |
| <b>Bemerkungen:</b>   |    |      |

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

Ort / Datum:

Name Patient:

Unterschrift Patient:

## Einverständniserklärung

### zur Magenspiegelung diagnostisch (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie) und /oder Endosonographie

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

Ich wurde durch die/den Ärztin/Arzt über die Art, den Ablauf und die Risiken der Untersuchung in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

(Zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Durchführung einer Magenspiegelung einverstanden.

|    |      |
|----|------|
| Ja | Nein |
|----|------|

Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung 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

\_\_\_\_\_