

PRAXIS FÜR KOLOPROKTOLOGIE UND GASTROSKOPIE

Dr. med. Carola Finke

Dr. med. Carola Finke
18.März-Straße 23
99867 Gotha

Tel. 03621 406093
www.endoskopie-finke.de

UM EVENTUELLEN RISIKEN VORBEUGEN ZU KÖNNEN, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FRAGEN SORGFÄLTIG.

01. Sind Sie bereits einmal operiert worden?

- am Magen
- am Darm
- am Herz
- an der Lunge
- andere _____
- noch nie

02. Besteht eine chronisch-infektiöse Erkrankung?

- keine
- Hepatitis
- HIV-Infektion
- andere, wie TbC, AIDS

03. Ist Ihnen eine vermehrte Blutungsneigung aufgefallen, häufiges Nasenbluten, schnell große blaue Flecken oder ähnliches?

- ja
- nein

04. Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen?

- ASS, Godamed oder ähnliches
- Falithrom/ Marcumar
- Heparin-Spritzen
- Xarelto
- entzündungshemmende Rheumamittel
- andere _____
- nein

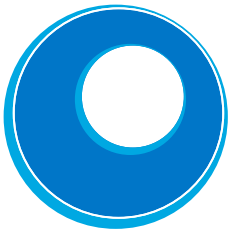
05. Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster, Latex, Jod oder Ähnliches?

- ja, gegenüber _____
- nein

06. Besteht eine Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankung?

- ja _____
- nein

**AUFKLÄRUNG ZUR ÖSOPHAGO-GASTRO-
DUOENOSKOPIE (MAGENSPIEGELUNG)**



PRAXIS FÜR KOLOPROKTOLOGIE UND GASTROSKOPIE

Dr. med. Carola Finke

Dr. med. Carola Finke
18.März-Straße 23
99867 Gotha

Tel. 03621 406093
www.endoskopie-finke.de

UM EVENTUELLEN RISIKEN VORBEUGEN ZU KÖNNEN, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FRAGEN SORGFÄLTIG.

07. Nehmen Sie Herz-Kreislauf-, Asthma- oder Medikamente für den Magen ein?

- ja _____
 nein

08. Haben Sie ein künstliches Implantat (Herzschrittmacher, Hüft- oder Kniegelenksprothese, etc.)

- ja _____
 nein

09. Haben sie lockere Zähne oder tragen sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?

- ja _____
 nein

10. Leiden sie an einer chronischen Erkrankung, wie Grüner Star, Anfallsleiden, Lähmungen, Diabetes oder Ähnliches?

- ja _____
 nein

11. Sind sie schon einmal am Magen gespiegelt worden, gab es dabei Besonderheiten?

- ja _____
 nein

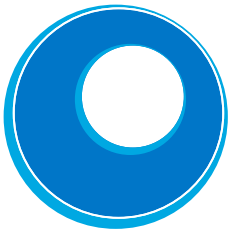
12. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

- ja, *dann keine Magenspiegelung!*
 nein

Persönliche Anmerkungen: _____

-

AUFKLÄRUNG ZUR ÖSOPHAGO-GASTRO- DUOENOSKOPIE (MAGENSPIEGELUNG)



PRAXIS FÜR KOLOPROKTOLOGIE UND GASTROSKOPIE

Dr. med. Carola Finke

Dr. med. Carola Finke
18.März-Straße 23
99867 Gotha

Tel. 03621 406093
www.endoskopie-finke.de

UM EVENTUELLEN RISIKEN VORBEUGEN ZU KÖNNEN, BEANTWORTEN SIE BITTE DIE FRAGEN SORGFÄLTIG.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und im Gespräch mit Frau Dr. Müller alle Fragen vollständig und verständlich klären können. Die Fragen zur Vorgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige hiermit in die Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm einschließlich von Probeentnahmen ein.

13. Ich wünsche eine „betäubende“ Spritze und bin mir darüber im Klaren, dass ich dadurch für 24 Stunden fahr und geschäftsuntauglich bin! *

- ja
 nein

14. An iGeL (Lactosetest, CO2-Insufflation) bin ich nicht interessiert. *

- ja
 nein

15. Am Untersuchungstag nichts essen, trinken, rauchen oder Kaugummi kauen, keine Medikamente nehmen! Letzte feste Nahrung am Vorabend 18.00 - 19.00 Uhr nicht zu üppig, danach nur noch trinken.

16. Sollte der Termin nicht eingehalten werden können, so ist spätestens 24 Stunden vorher eine telefonische Absage erforderlich. Bei Nichteinhalten des Termins ohne rechtzeitige Absage wird eine Aufwandsentschädigung von 50,00 Euro fällig!

*ggf. streichen

Ort, Datum

Unterschrift

**AUFKLÄRUNG ZUR ÖSOPHAGO-GASTRO-
DUOENOSKOPIE (MAGENSPIEGELUNG)**