

## Einwilligungserklärung Gastroskopie (Magenspiegelung)



Dr. med.  
Johannes Weilhartner  
Facharzt für Innere Medizin

Patientenname..... Geburtsdatum: .....

Liebe(r) Patient(in)!

### **Allgemeines:**

Die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes ermöglicht dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden festzustellen, krankhafte Veränderungen (Entzündungen, Geschwüre, Blutungsquellen, Polypen oder Tumore) möglichst frühzeitig zu erkennen und die für Sie effektivste Behandlung zu wählen. Dabei schiebt der Arzt ein weiches biegsames Instrument (Endoskop) durch die Mundhöhle in die Speiseröhre, den Magen bis in den Zwölffingerdarm. Durch Einblasen von Luft entfalten sich die Verdauungsorgane für bessere Sichtverhältnisse. Während der Untersuchung können mit einer Zange Gewebeproben entnommen werden (schmerzlos). Sollten bei der Untersuchung Schleimhautwucherungen festgestellt werden, werden diese je nach Größe mit Zange oder Schlinge abgetragen oder mit der Zange Proben davon entnommen und zur mikroskopischen Gewebsuntersuchung (Histologie) versandt. Die Spiegelung selbst kann als unangenehm empfunden werden. Es gibt die Möglichkeit einer sog. Sedierung mit Propofol (leichtes Sedierungsmittel mit Propofol (leichtes Narkosemittel, welches je nach Dosis leichte Schläfrigkeit bis tiefen Schlaf erzeugt). Die Vorteile sind bessere Untersuchungsbedingungen für den Arzt sowie die Beschwerdefreiheit des Patienten. **Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Verabreichung des Beruhigungsmittels bis zum nächsten Morgen kein Kraftfahrzeug lenken dürfen!** Die Dauer der Untersuchung beträgt durchschnittlich 10 Minuten und Sie werden hinsichtlich Puls, Blutdruck und Sauerstoffsättigung während der gesamten Untersuchung überwacht. Im Anschluss an die Untersuchung sollte noch etwas Zeit eingeplant werden, da wir sicher gehen wollen, dass Sie wieder wohlbehalten nach Hause kommen.

Wenn Sie keine medikamentöse Sedierung wünschen, wird zur Vermeidung des Würgereizes die Rachenschleimhaut mit einem Rachenspray örtlich betäubt. Das bedeutet aber, dass Sie wegen Aspirationsgefahr (Verschlucken in die Atemwege) für mind. 1 Stunde nicht essen und trinken dürfen.

### **Mögliche Komplikationen:**

Die Endoskopie ist ein risikoarmer diagnostischer Eingriff, aber kein medizinischer Eingriff ist völlig frei von Risiken!

Bei der Untersuchung ist eine Verletzung der Schleimhäute möglich. Gelegentlich werden Reizsymptome wie vorübergehend Heiserkeit oder Schluckbeschwerden berichtet. Eine gefährliche Verletzung der Organe ist aufgrund der guten Sichtverhältnisse mithilfe der hochentwickelten Endoskope mit Kamera selbst bei krankhaften Veränderungen (Engstellen oder entzündliche Schwellungen) äußerst selten. Blutungen

können insbesondere bei Entfernung von Polypen auftreten. Blutungsquellen werden durch eine Unterspritzung mit einem Medikament oder durch Unterbindung mit Metallclip versorgt. Sehr selten sind Zahnschädigungen trotz Verwendung eines Beißschutzes.

Durch Sedierung (=Beruhigungsspritze) kann es zu Störungen der Atmung oder zu Herzrhythmusstörungen kommen und es besteht insbesondere nach der Untersuchung eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit.

### **Vor der Spiegelung:**

Am Tag der Untersuchung müssen Sie nüchtern sein, d.h. ab Mitternacht weder Getränke noch Speisen. Medikamente dürfen mit 1 Glas Wasser genommen werden. Diabetes-Medikamente und Gerinnungshemmer müssen mit dem Arzt abgesprochen werden. Nicht festsitzende Prothesen bzw. Zahnersatz müssen vor der Untersuchung entfernt werden.

### **Nach der Spiegelung:**

Evtl. auftretende Symptome wie leichter Brechreiz, Schluckstörungen, Missempfindungen im Rachenraum (z.B. brennendes Gefühl), schmerzhaftes Blähungen durch verbliebene Luft im Magen und Zwölffingerdarm sind harmlos und verschwinden von selbst nach kurzer Zeit. Wurde der Rachen betäubt, dürfen Sie mind. 1 Stunde nichts essen und trinken, sofern der Arzt nichts Anderes verordnet hat.

Bitte organisieren Sie die Hin- und Rückfahrt zur Ordination durch Angehörige, wenn die Untersuchung mit Sedierung durchgeführt wird. Nach der Verabreichung des Beruhigungsmittels müssen Sie mind. 20 Minuten noch zur Beobachtung in der Ordination bleiben und dürfen bis zum nächsten Morgen kein Kraftfahrzeug lenken, keine Maschinen bedienen und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Nach der Untersuchung dürfen Sie unbedenklich alles essen und trinken, wenn nicht vom Arzt andere Anweisungen getroffen wurden.

Verständigen Sie uns/Ärztendienst/Krankenhaus sofort bei unklaren Beschwerden wie Blutabgängen oder anhaltenden Bauchschmerzen.

### **Anamnese vor Gastroskopie:**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Ihre Antworten dienen Ihrer Sicherheit Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen. Wir helfen Ihnen gerne beim ausfüllen

Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? z.B.  Nein  Ja

Aspirin/ThromboASS, Brilique, Plavix/Clopidogrel, Marcoumar, Sintrom, Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Lixiana, oder

.....

Kreislaufkrankungen z.B. Bluthochdruck,  Nein  Ja  
oder.....

Herzerkrankungen z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt,  Nein  Ja  
oder.....

Nierenerkrankungen z.B. Dialyse,  
oder.....  Nein  Ja

Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes,  
oder.....  Nein  Ja

Haben Sie häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung  
bzw. nach leichter Berührung,  
Gerinnungsstörungen,.....  Nein  Ja

Allergien (Soja, Erdnüsse, Heuschnupfen, Asthma) oder  
Unverträglichkeit von Kunststoffen, Schmerzmitteln,  
Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex,  
Jod, Silikon, oder.....  Nein  Ja

Haben Sie Metallimplantate wie Gelenkersatz oder  
Herzschrittmacher?  Nein  Ja

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft?  
Wurden bei Ihnen Operationen im Bauch (Darm, Magen, Unterleib)  
durchgeführt?  Nein  Ja

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionserkrankung (Hepatitis B,  
C, HIV,.....)?  Nein  Ja

Haben Sie lockere Zähne oder Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn,  
Kronen)?  Nein  Ja

**Einwilligungserklärung:**

Über die geplante Gastroskopie sowie evtl. erforderliche Behandlungsmaßnahmen (Gewebeentnahme, Polypenabtragung, Blutstillung) wurde ich sowohl schriftlich wie auch mündlich bestmöglich informiert. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Auch meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich bin über etwaige Risiken aufgeklärt und mit der geplanten Untersuchung einverstanden

**Ich bin in Kenntnis und darüber aufgeklärt, dass mir grundsätzlich eine Überlegungsfrist eingeräumt wird. Ich möchte und stimme daher ausdrücklich zu, dass die Gastroskopie am heutigen Tag (siehe unten angeführtes Datum) durchgeführt wird.**

Vorgesehener Untersuchungstermin .....

Unterschrift Patient .....

Unterschrift Arzt/DGKS/MFA .....

Salzburg, am .....