

Herr / Frau:

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Beantwortung der folgenden Fragen ist **freiwillig**, Sie helfen uns aber damit, mögliche Risiken zu minimieren und Nebenwirkungen weitestgehend zu vermeiden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Beachten sie bitte, dass unser Raum, in dem Sie sich nach der Untersuchung von der Schlafspritze erholen werden, zu Ihrer Sicherheit **videoüberwacht** wird.

- **Ich habe die Patienteninformation zur Magen- bzw. Darmspiegelung gelesen...** Nein Ja

- **Alle meine Fragen sind ausreichend beantwortet.....** Nein Ja

- **Ich willige in die Untersuchung ein.....** Nein Ja

- **Ist bei Ihnen eine Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung bekannt ?** Nein

Ja, welche ?

- **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen ?.....** Nein

Ja, Herzerkrankung Herzrhythmusstörung Bluthochdruck Lungenerkrankung Asthma

Diabetes mellitus Schlafapnoesyndrom Lebererkrankung Nierenerkrankung

Krampfleiden (Epilepsie) Grüner Star (Glaukom) Prostatavergrößerung

Myasthenia gravis chronische Infektionserkrankung (z. B. AIDS, Hepatitis, TBC)

- **Ist bei Ihnen in den letzten 6 Monaten eines der folgenden Ereignisse aufgetreten ?....** Nein

Ja, Schlaganfall Herzoperation Herzinfarkt Herzkatheteruntersuchung

- **Haben Sie eine Herzklappenerkrankung, wurden Sie an einer Herzklappe operiert oder besitzen Sie einen Herzpass (Endokarditisausweis) ?.....** Nein

Ja, was ?

- **Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder Metallimplantate ?.....** Nein

Ja, was ?

- **Tragen Sie eine Zahnprothese / Mundpiercing?.....** Nein

Ja

- **Für Frauen: Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein, stillen Sie zur Zeit ?.....** Nein

Ja, sicher schwanger Schwangerschaft nicht ausgeschlossen stillen

- **Benötigen Sie ein Sauerstoffgerät oder ein nächtliches Beatmungsgerät ?.....** Nein

Ja, was ?

- **Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt ?.....** Nein

Ja, Welche (z. B. Soja, Hühnereiweiß, Zitrusfrüchte, Antibiotika, Latex o. a.) ?

Herr / Frau:

Datum:

- Sind bei Ihnen in der Vergangenheit Komplikationen im Rahmen einer Tiefschlafspritze, lokalen Betäubung oder Narkose aufgetreten? Haben Sie einen Notfallausweis?..... Nein
 Ja, welche?

- Ich wünsche eine Benachrichtigung (Recall – System) im Falle medizinisch notwendiger Nachuntersuchungen (gilt nur für Darmspiegelungen)?..... Ja
 Nein

- Ich wünsche die Durchführung der Darmspiegelung mit (siehe Flyer)
 Raumluft
 CO2 – Gas (vermindert Blähbauchbeschwerden nach der Untersuchung, Zuzahlung nötig)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig (mind. 3 Praxisarbeitstage vorher) abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Aschaffenburg, den.....

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
(Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

.....
Unterschrift des Arztes

- Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.
Unterschrift des/der Patient/in

Bitte ausfüllen, wenn die Untersuchung im Tiefschlaf (Sedierung) durchgeführt werden soll.

- Ich habe die Patienteninformation zum Tiefschlaf gelesen..... Nein Ja
- Alle meine Fragen sind ausreichend beantwortet..... Nein Ja
- Ich willige in die Untersuchung mit Tiefschlaf ein..... Nein Ja
- Ich bin als Berufskraftfahrer, Pilot usw. tätig..... Nein Ja

Bitte Beachten: Sie dürfen bis zum nächsten Morgen (in best. Fällen auch 24 Stunden) nicht am Straßenverkehr teilnehmen, nicht arbeiten, keine Maschinen bedienen und keine rechtsverbindlichen Entscheidungen treffen !

ASA – Klassifikation (vom Arzt auszufüllen): ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Aschaffenburg, den.....

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
(Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

Begleitung nach Hause durch:
Name der Begleitperson

.....
Unterschrift der Begleitperson

Eine einmal erteilte Einwilligung (Endoskopie und/oder Sedierung) kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden !