

Name, Vorname

Geb.Datum

Pat. Nr.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Körpergröße _____cm

Gewicht _____kg

- Besteht bei Ihnen eine **Blutungsneigung oder Gerinnungsstörung?** (blaue Flecken ohne Grund, häufiges Nasenbluten, lange Nachblutung bei Operationen, Verletzungen oder Zahnbehandlungen oder hatten Sie Thrombosen, Embolien)

☐ nein ☐ ja

- Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente („Blutverdünner“)** ein? (z.B: Marcumar®, Aspirin®, Tiklid®, Plavix®, Clopidogrel, Iscover®, Heparin, Clexane®, Fragmin®, Innohep®, Brilique®, Xarelto®, Pradaxa® o.ä.)

☐ nein ☐ ja

- Leiden Sie an einer **Leber-** oder **Nierenerkrankung?**

☐ nein ☐ ja

- Leiden Sie an **Allergien** oder sind sie **allergisch** gegen bestimmte **Medikamente?**
Wenn ja welche?

☐ nein ☐ ja

- Leiden Sie an **grünem Star** der Augen?

☐ nein ☐ ja

- Leiden Sie an einer **Zuckerkrankheit** oder **Schilddrüsenerkrankung?**

☐ nein ☐ ja

- Wurden Sie am **Magen-Darmtrakt** oder im Bereich des **Unterleibes** operiert?

☐ nein ☐ ja

- Ist bei ihnen eine **Herz-/Kreislauf-** oder **Lungenerkrankung** bekannt?

☐ nein ☐ ja

- Tragen Sie einen **Herzschrittmacher** oder **Defibrillator?**

☐ nein ☐ ja

- Könnten Sie **schwanger** sein?

☐ nein ☐ ja

- Leiden sie an einer chronischen **Infektionskrankheit** wie Tuberkulose, Hepatitis, HIV (AIDS)

☐ nein ☐ ja

Anmerkungen von Patient und Arzt:

Datum

Unterschrift Arzt

Ich habe keine verbleibenden Fragen,

und fühle mich von Dr. _____
ausreichend informiert.

Ich willige nach genügender Bedenkzeit in die Magen-/Darmspiegelung und eine Sedierung wie oben beschrieben ein. Ich konnte alle mir wichtigen Fragen stellen. Mit einer eventuellen Polypenentfernung bin ich einverstanden; auch mit Folgebehandlungen wie Operationen, Transfusionen von Fremdblut und ggf. intensivmedizinischer Behandlung.

Ich bin darüber aufgeklärt, daß ich nach einer Sedierung bis zum nächsten Morgen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf und werde für eine Begleitung von der Praxis nach Hause sorgen. Mir ist bekannt, daß ich trotz meiner Unterschrift jederzeit von der Untersuchung zurücktreten kann. In diesem Falle werde ich die Praxis schnellstmöglich informieren.

Unterschrift Patient