

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?**

nein ja

Wenn ja welche?

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

nein ja

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

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 **Herzschriftmacher** 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