

Herr / Frau:.....

Datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen genau, Sie helfen uns damit, mögliche Risiken zu minimieren und Nebenwirkungen weitestgehend zu vermeiden. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Beachten sie bitte, dass unser Raum, in dem Sie sich nach der Untersuchung von der Schlafrispritze erholen werden, zu Ihrer Sicherheit **videoüberwacht** wird.

- **Ich habe die Patienteninformation zur Magenspiegelung 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  Diabetes mellitus  Lungenerkrankung  
 Asthma  Schlafapnoe – Syndrom  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 oder Erdnüsse, Zitrusfrüchte, Antibiotika, Latex oder andere) ?

Herr / Frau:.....

Datum:.....

- Sind bei Ihnen in der Vergangenheit Komplikationen im Rahmen einer Tiefschlafspritze, lokalen Betäubung oder Narkose aufgetreten ?.....  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)

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 3 Arbeitstage vorher) 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 morgen früh (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: .....

.....

Unterschrift der Begleitperson