Einverständniserklärung Hämorrhoidenbehandlung

Praxis für Gastroenterologie
Dr. med. J. Emrich
Internist und Gastroenterologe

Herr / Frau:…….. Datum:……..

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Behandlung von Hämorrhoiden soll bei Ihnen eine **Enddarmspiegelung** (Proktoskopie) mit **Gummibandligatur der Hämorrhoiden** (Barron – Ligatur) durchgeführt werden.

Ausführliche **Informationen** über die Durchführung der Enddarmspiegelung sowie die möglichen Komplikationen erhalten sie **hier** (download).

Bei der **Gummibandligatur** werden die Hämorrhoiden mit einem kleinen Gummiring abgebunden. Dies ist für Sie weitestgehend schmerzfrei. Einzig kann es in den ersten 1-2 Tagen zu leichten Beschwerden kommen (Ziehen, Druckgefühl), in diesen Fällen können Sie ein Schmerzmittel einnehmen (z. B. Diclofenac, Ibuprofen). Nach einigen Wochen wird das abgebundene Gewebe dann, meist unbemerkt, mit dem Stuhlgang ausgeschieden. In der Regel muss die Behandlung mehrmals durchgeführt werden, bis eine ausreichende und anhaltende Besserung eintritt.

Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu **Komplikationen** wie z. B. Blutungen, Verletzung der Schließmuskelregion, des Enddarmes (Rektum) oder von Nerven kommen. Stärkere Blutungen, die auch noch bis zu drei Wochen nach der Behandlung auftreten können, müssen im Krankenhaus, evtl. auch durch eine Operation behandelt werden.

Sollten **Beschwerden nach der Enddarmspiegelung** wie z. B. starke Schmerzen, eine Kreislaufschwäche oder eine starke Blutung aus dem After auftreten, so nehmen Sie bitte zu den Sprechzeiten unverzüglich mit unserer Praxis oder Ihrem Hausarzt Kontakt auf. Außerhalb der Sprechzeiten, v. a. Nachts und am Wochenende, wenden Sie sich bitte an die Notaufnahme des Klinikum Aschaffenburg (Telefon 06021 / 324252) oder Ihres nächstgelegenen Krankenhaus bzw. den Notarzt.

Bitte beantworten Sie die folgenden **Fragen** genau, Sie helfen uns damit, mögliche Risiken zu minimieren und Nebenwirkungen weitestgehend zu vermeiden. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

- Ich habe die Patienteninformation zur Enddarmspiegelung mit Hämorrhoiden-behandlung gelesen und verstanden.……□ *Nein* □ *Ja*

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

- Ich willige in die o. g. Untersuchung und Behandlung ein.……□ *Nein* □ *Ja*

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

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

- Planen Sie innerhalb der nächsten 3 Wochen eine Reise ?…… □ *Nein* □ *Ja*

-Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein ? …… □ *Nein*

Ja, □ ASS/Aspirin/Godamed □ Clopidogrel/Plavix/Iscover □ Efient
□ Aggrenox □ Brilique □ Pradaxa □ Xarelto □ Eliquis
□ Lixiana □ Marcumar □ Heparinspritzen □ andere

- Sind bei Ihnen Allergien (z. B. Latex) oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt ?…… □ *Nein*
□ Ja, Welche ?

- Leiden Sie an chronischen Infektionskrankheiten *(z. B. AIDS, Hepatitis, TBC)* ***?***……□ *Nein*
□ Ja, Welche ?

Aschaffenburg, den…….. ……
Unterschrift des/der Patienten/in
(Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

……
Unterschrift des Arztes

- Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten ……
Unterschrift des/der Patienten/in