

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, Erdnüsse, 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 erforderlich)

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 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: .....  
Name der Begleitperson

.....  
Unterschrift der Begleitperson

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