

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. starken Schmerzen, Entzündungen, Blutungen, Verletzung der Schließmuskel- oder Enddarmregion sowie allergische Reaktionen kommen. Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten, können dann aber unter Umständen eine weitergehende Behandlung im Krankenhaus (z. B. Blutstillung, Operation) nötig machen und zu Funktionsstörungen des Schließmuskels führen. Bei Veränderungen (z. B. vorausgegangene Operationen) oder Erkrankungen der Enddarmregion kann das Komplikationsrisiko erhöht sein.

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. Beachten Sie bitte, dass in seltenen Fällen Beschwerden auch noch bis zu 4 Wochen nach einer Hämorrhoidenbehandlung auftreten können.

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. Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit durch Sie für die Zukunft **widerrufen** werden.

- **Ich habe die Patienteninformation zur Enddarmspiegelung mit Hämorrhoidenbehandlung 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