

Herr / Frau:.....

Datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Beantwortung der folgenden Fragen ist **freiwillig**, Sie helfen uns 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 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:
Name der Begleitperson

.....
Unterschrift der Begleitperson

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