

Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung Magen- und Dickdarmspiegelung

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

	Ja	Nein
• Haben Sie starkes Nasen- oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie «blaue Flecken» (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie längere oder schwere Blutungen bei oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandel- oder Blinddarmoperation, Zahnbehandlung, Geburt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tanten) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Xarelto, Marcoumar, Pradaxa, Eliquis, Lixiana) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique etc. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Latex, Soja, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz oder Lungenkrankheit? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator oder ein Metallimplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind Sie Diabetiker*in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich wurde durch den/die Arzt*in über den Grund (Indikation) für die Magen- und Darmspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Magen- und Darmspiegelung (gemäss Informationsblatt zur Magen- und Darmspiegelung, Seite 1) habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

	Ja	Nein
• Ich bin mit der Durchführung der Magen- und Darmspiegelung inklusive einer allfälligen Probeentnahme oder Polypenentfernung einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden und weiss, dass ich danach 12 Stunden kein Fahrzeug lenken und keine Verträge unterschreiben darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum _____

Unterschrift Patient*in _____

¹⁾ oder gesetzliche*r Vertreter*in

Stempel und

Unterschrift Arzt*in _____