

Medizinischer Fragebogen und Einverständniserklärung Untersuchung des Enddarmes und des Anus

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"/> |
| • 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 Enddarmspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Enddarmspiegelung (gemäss Informationsblatt zur Enddarmspiegelung, Seite 1) habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich bin mit der Durchführung der Enddarmspiegelung inklusive einer allfälligen Probeentnahme und/oder lokalen Behandlung von Hämorrhoiden/Thrombosen 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 _____