

Patienteninformation

Kombinierte Magen- und Dickdarmspiegelung (Gastroskopie/Koloskopie)

Den Ablauf der Koloskopie sowie die Risiken der Untersuchung haben wir für Sie ausführlich in der Broschüre («Darmspiegelung – Ihre Untersuchung in der Central-Praxis», Stand 10/2021) zusammengefasst.

Die wichtigsten Punkte sind:

- Nach Verabreichung von Propofol dürfen Sie während 12 Stunden kein Fahrzeug lenken und keine Verträge unterschreiben.
- Zuerst erfolgt in der Regel die Magen- und danach die Dickdarmspiegelung. Genau wie bei der Darmspiegelung wird bei der Magenspiegelung die Speiseröhre, der Magen, der Zwölffingerdarm mit einem beweglichen «Schlauch» (Endoskop), an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht ist, untersucht. Wenn Veränderungen gefunden werden, können Gewebeproben (Biopsien) entnommen und anschliessend unter dem Mikroskop analysiert werden.
- Komplikationen treten bei einer Magenspiegelung extrem selten auf (0,02%). Speziell zu erwähnen sind mögliche Zahnschäden bei schon vorbestehenden defekten Zähnen, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes.
- In den Stunden nach der Untersuchung kann ein Druckgefühl im Bauch (vermehrte Luft im Darm) bestehen. Nimmt dieses zu oder treten neue Bauchschmerzen auf, beobachten Sie eine Blutung aus dem After oder tritt Fieber auf, informieren Sie unverzüglich uns, Ihre*n Hausarzt*in oder gehen Sie auf eine Notfallstation.

Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihre*n Arzt*in oder uns. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite central-praxis.ch

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 _____