
Name des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum des Patienten / der Patientin

Aufklärungsbogen Sedierung für ambulante Patientinnen und Patienten

Grundsätzlich ist die Magenspiegelung / Darmspiegelung eine Untersuchung, die auch im wachen Zustand toleriert werden kann. Sie können in diesem Fall die Untersuchung am Monitor verfolgen. Allerdings sind dann Beschwerden im Rahmen der Untersuchung nicht auszuschließen.

Wir bieten Ihnen für die Magenspiegelung / Darmspiegelung eine Sedierung („Schlafspritze“) unter Propofol an, welche eine garantierte Schmerzfreiheit und eine schnelle Einschlaf- und Aufwachphase bietet. Eine Beatmung wie bei einer Narkose ist hierbei nicht erforderlich. Während der Sedierung werden Ihr Puls und Ihre Sauerstoffsättigung im Blut über einen Fingersensor gemessen. Hierfür bitten wir Sie, auf künstliche Fingernägel und Nagellack zu verzichten.

Sollten bei Ihnen bestimmte Allergien oder Erkrankungen vorliegen, die gegen die Gabe von Propofol als Schlafspritze sprechen, beraten wir Sie gern im Rahmen des Aufklärungsgesprächs über Alternativen.

Mögliche Komplikationen im Falle einer Sedierung:

- ❖ allergische Reaktion, bis zum Schock
- ❖ Beeinträchtigung der Atemfunktion, bis zum Atemstillstand
- ❖ Kreislaufreaktionen, z.B. niedriger Blutdruck
- ❖ Einatmen von Schleim oder Nahrungsresten (Aspiration) mit evtl. nachfolgender Lungenentzündung
- ❖ Extrem selten: schwere Komplikationen wie Herzstillstand und Tod

Unbedingt beachten: Nach der Sedierung sind Sie nicht verkehrstüchtig (keine aktive Teilnahme am Straßenverkehr, auch zu Fuß) und geschäftsunfähig (keine Unterschriften für Verträge, Finanzen etc. leisten). Sie sollten am Untersuchungstag keinen Alkohol trinken und sich nicht sportlich betätigen. Bitte lassen Sie sich von einer Begleitperson nach der Untersuchung abholen! Ansonsten rufen wir Ihnen gern ein Taxi, die Kosten hierfür werden meist jedoch nicht von der Krankenkasse übernommen.

Ich wünsche eine Sedierung mit Propofol („Schlafspritze“): nein ja

wenn ja: Größe: _____ Gewicht: _____

Sind bei früheren Narkosen / Sedierungen schon einmal Probleme aufgetreten?

nein ja wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? nein ja wenn ja: ca. _____ Zigaretten / Tag

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? nein ja

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten