

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten / der Patientin

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten / der Patientin

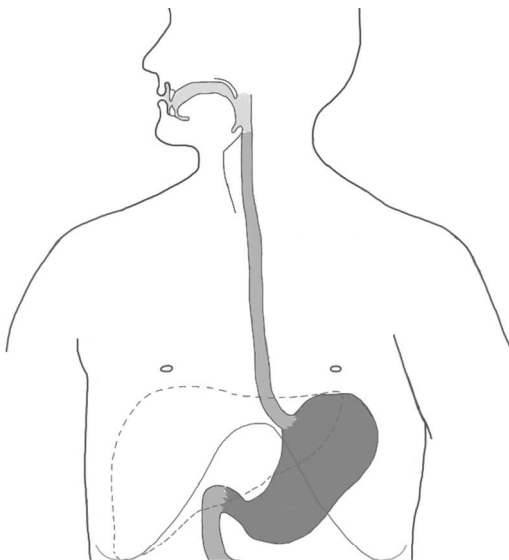
## Aufklärungsbogen für eine ambulante Gastroskopie (Magenspiegelung)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen hiermit einige Informationen zu der geplanten Untersuchung des Magens (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) zukommen lassen. Bitte lesen Sie diesen Aufklärungsbogen genau durch und geben ihn ausgefüllt wieder an der Anmeldung ab bzw. bringen ihn zur Untersuchung mit.

### Untersuchung

Unter optischer Kontrolle wird ein flexibler Schlauch (Endoskop) durch den Rachen in die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm eingeführt und die Schleimhäute werden inspiziert. Für eine bessere Beurteilung wird eine kleine Menge Luft eingeblasen. Mit einer winzigen Zange, die durch das Endoskop eingeführt wird, kann der Arzt bei Bedarf kleine, ca. stecknadelkopfgroße Gewebeproben (Biopsien) zur feingeweblichen Untersuchung (Histologie) und zur Feststellung eines Helicobacter-Bakterien-Befalls entnehmen. Eine solche Entnahme von Gewebeproben verursacht keine Schmerzen.



Die Spiegelung selbst dauert 3-5 Minuten. Sie kann mit einer örtlichen Rachenbetäubung (Xylocainspray) durchgeführt werden. Nach Abklingen der Rachenbetäubung (ca. 15-20 Minuten) dürfen Sie wieder normal essen und trinken.

Bei erhöhtem Würgereiz bzw. nach Aufklärung gibt es die Möglichkeit einer so genannten „Schlafspritze“ (Sedierung). Weitere Informationen hierzu erhalten Sie auf dem „Aufklärungsbogen Sedierung“.

### Komplikationen

Die Magenspiegelung ist insgesamt eine sehr risikoarme Untersuchung, schwere Komplikationen liegen bei ca. 1/10.000, sind also extrem selten. Beschwerden nach der Untersuchung wie leichter Brechreiz, Missempfindungen im Rachenraum (z.B. brennendes Gefühl), Magendruck, Luftaufstoßen, Schmerzen hinter dem Brustbein, Fieber oder schmerzhafte Blähungen durch

verbliebene Luft im Magen und Zwölffingerdarm sind meist harmlos und verschwinden in der Regel von selbst nach kurzer Zeit.

Weitere Komplikationen sind:

- ❖ Allergische Reaktionen, Beeinträchtigung der Atemfunktion bis zum Atemstillstand.
- ❖ Herz-Kreislauf-Störungen bis zum Schock, Tod oder bleibende Organschäden sind extrem selten.
- ❖ Schluckbeschwerden, leichte Heiserkeit, Gebisssschäden.
- ❖ Keimverschleppung in die Blutbahn (Sepsis) mit Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) mit der Folge von Abszessen und entzündlichen Flüssigkeitsansammlungen.

- ❖ Verletzungen/Durchstoßung des Verdauungstraktes sowie des umliegenden Gewebes (z.B. Kehlkopf, Stimmbänder) mit möglicher Mittel-, Rippen- oder Bauchfellentzündung (Peritonitis) und Notfalloperation.
- ❖ Blutungen, z.B. nach Probenentnahmen, die in der Regel durch den Untersucher / die Untersucherin behoben werden können und in seltenen Fällen eine Bluttransfusion (geringes Infektionsrisiko) im Rahmen der stationären Behandlung erforderlich machen könnten.
- ❖ Verschlüsse (Thrombosen) der Pfortader oder von Darmvenen als Folgen der Behandlung.
- ❖ Selten sind Lungenentzündungen durch Einatmen von Mageninhalt oder ein Rippenfellerguss.
- ❖ Selten sind Haut-, Gewebe- und Nervenschäden durch die Lagerung und durch notwendige Maßnahmen während des Eingriffs mit unter Umständen dauerhaften Folgen (z.B. Schmerzen, Entzündungen, Absterben von Gewebe, Narbenbildung sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen).

Bezüglich Komplikationen im Zusammenhang mit der Sedierung lesen Sie als Ergänzung den „Aufklärungsbogen Sedierung“.

Die oben genannten Komplikationen können in Ausnahmefällen und bei Verkettung unglücklicher Umstände im Verlauf auch lebensbedrohlich sein oder eine Operation notwendig machen. Sollten Komplikationen auftreten, sind diese in der Regel durch unser notfallmedizinisch-geschultes Personal bestens beherrschbar.

### Vorbereitung

Damit Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm optimal beurteilt werden können, müssen sie frei von Speisen sein. Bitte berücksichtigen Sie unbedingt folgende Anweisungen: Am Vortag der Untersuchung nehmen Sie abends Ihre letzte Mahlzeit ein (ca. 20 Uhr), bis 24 Uhr dürfen Sie trinken.

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.**

<b>Liegt bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor? Bitte ankreuzen und ggf. ergänzen</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Bluthochdruck)		
Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe-Syndrom)?		
Epilepsie?, grüner Star am Auge / Glaukom?		
Zuckerkrankheit/Diabetes?, wenn ja verzichten Sie bitte am Untersuchungstag auf Insulin		
chronische Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis)?		
<b>Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. mit Freitext ergänzen</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
Haben Sie eine Allergie (Medikamente, Soja, Erdnuss, Hühnerweisse etc.)? wenn ja, gegen:		
Tragen Sie einen Schrittmacher, Defibrillator oder ein Metallimplantat (z.B. Gelenkendo- prothese)?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS, Aspirin, Marcumar, Clopidogrel, Plavix, Phenprocoumon, Efient, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana, Heparin) Wenn ja, sprechen Sie mit uns oder mit Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin, wann Sie diese Medikamente vor der Untersuchung absetzen sollen.		
Nehmen Sie regelmäßig Schmerz- oder Rheumamedikamente ein? (z.B. Aspirin, Voltaren, Ibuprofen, Diclofenac, Thomapyrin, Celebrex, Arcoxia)		
Nehmen Sie Medikamente für den Magen ein? (z.B. Pantoprazol, Omeprazol, Esomeprazol, Ranitidin, Iberogast), wenn ja welche Dosis?		
Wurden Sie am Magen operiert?		
Gibt es in der Familie Menschen, die an Magenkrebs erkrankt sind/ waren?		
Haben Sie eine andere Erkrankung?		
Sind Sie schwanger?		

Ich wünsche eine Sedierung („Schlafspritze/ Beruhigungsspritze“):

- nein       ja, mit Propofol (tiefe Schlafspritze)       ja, mit Dormicum (Beruhigungsspritze)

### **Einwilligungserklärung**

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige in die geplante Untersuchung (inkl. erforderlicher Entnahme von Gewebeprobe(n)), ggf. mit Sedierung ein. Mit erforderlichen, auch unvorhersehbaren Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

---

Ort / Datum / Uhrzeit

---

Ort / Datum / Uhrzeit

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin

---

Unterschrift des Arztes / der Ärztin