Information zur Magenspiegelung

Pat.-Nr.-EDV

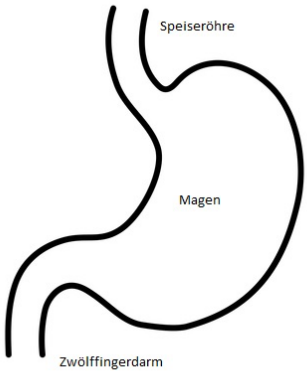
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Magenspiegelung durchgeführt werden. Dazu wird ein beweglicher, dünner Schlauch über den Mund eingeführt, um Kehlkopf, Speiseröhre, Magen und Dünndarm einzusehen, falls notwendig mit Entnahme von Proben.
Um den Würgereiz bei der Untersuchung zu vermindern, können wir Ihren Rachen mit einem Spray betäuben. Danach sollten Sie etwa 1 Stunde nichts essen und trinken, um sich nicht zu verschlucken.
Viele Menschen wünschen sich jedoch eine Schlafspritze, mit der Sie nichts von der Untersuchung bemerken. Bringen Sie für diesen Fall bitte eine Begleitperson mit, die Sie nach der Untersuchung nach Hause bringt. Sie dürfen aus rechtlichen Gründen nach einer Spritze bis zum Abend keine eigenen Fahrzeuge lenken oder komplizierte Maschinen bedienen.
Die Magenspiegelung ist eine sehr sichere, seit Jahren eingeführte Methode mit nur geringer Komplikationsrate. Sehr selten kommt es zu Blutungen, Verletzungen der Schleimhäute mit nachfolgender Operation, sowie Beschädigungen der Zähne.

Am Untersuchungstag kommen Sie bitte **nüchtern** in die Praxis. Die Einnahme wichtiger Medikamente ist direkt nach der Untersuchung möglich.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (richtige Antwort unterstreichen):

Ich bin lungenkrank (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe-Syndrom)	ja	nein
Ich bin herzkrank (Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, habe einen Herzschrittmacher)	ja	nein
Ich neige zu Blutergüssen oder langen Nachblutungen bei Verletzungen	ja	nein
Ich nehme Medikamente zur Blutverdünnung ein (z. B. Heparin, ASS, Marcumar)	ja	nein
Ich habe eine Allergie	ja	nein
Ich habe eine chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Aids)	ja	nein
Für Frauen: es besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft	ja	nein
Ich weiß, dass ich nach einer Beruhigungsspritze bis zum Abend kein Fahrzeug bedienen darf	ja	nein



Ich werde nach der Untersuchung abgeholt von, ……..

Haben Sie noch weitere Fragen? ja nein

…….. ……
Datum Unterschrift des Patienten/Name in Druckbuchstaben

…….. ……
Datum Unterschrift des Arztes

Bei Fragen oder Problemen rufen Sie uns bitte an, Telefon 0971/5368.

Herzlich Ihr Praxisteam
Dres. med. Lülf und Melchers, Innere Medizin/Gastroenterologie