

Bitte am Untersuchungstag unterschrieben mitbringen

DR. MED. EBERHARD KRAAS

DR. MED. HEINER PASCHEN

Fachärzte für Innere Medizin

Spiegelung des oberen Verdauungstraktes

Sehr geehrte/r Frau/Herr
geb.....

Liebe Patientin, Lieber Patient,

ein dünnes schlauchförmiges Instrument wird durch den Mund über die Speiseröhre bis in den Magen und den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Gewebeproben werden entnommen.

Am angenehmsten ist die Untersuchung, wenn Sie dabei schlafen. Sie dürfen dann anschließend bis zum nächsten Morgen **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, keine wichtigen Entscheidungen treffen und nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten. Lassen Sie sich bitte nach der Untersuchung abholen.

Sofern Sie bei der Untersuchung wach sein möchten, können wir auch nur den Rachen betäuben. Die Untersuchung ist dann eher unangenehm. Falls Sie Rachenspray erhalten haben, dürfen Sie nach der Spiegelung mindestens 1 Stunde nichts essen und trinken.

Vorbereitung zur Untersuchung:

Ab 6 Stunden vor der Untersuchung bitte nichts mehr essen und ab 3 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr trinken.

Risiken und Komplikationen:

Die Untersuchung ist gut verträglich. Missempfindungen im Rachen (z.B. brennendes Gefühl) und Blähungen durch verbliebene Luft im Magen und Darm sind harmlos und verschwinden von selbst nach kurzer Zeit.

Komplikationen sind sehr selten. Zu nennen sind:

- Verletzungen des Rachens, der Speiseröhre, des Magens oder Zwölffingerdarms, im schwersten Fall mit Durchbruch und nachfolgender möglicher Bauchfell- oder Mittelfellentzündung sind extrem selten.
- Blutungen nach Entnahme von Gewebeproben (sehr selten).
- allergische Reaktion auf die Schlafmittel, die gespritzt werden, oder auf das Rachenspray
- selten kann die Atemfunktion oder der Kreislauf durch die Schlafmittelgabe lebensbedrohlich beeinträchtigt werden. Die Überwachung während der Untersuchung durch den Arzt und die Assistentin vermindert diese Gefahr erheblich. Notwendige Gegenmaßnahmen können sofort eingeleitet werden. Im Bereich der Verweilkanüle kann es sehr selten zu Entzündungen kommen.
- sehr selten Gebisschäden, Zahnverlust.
- Keimverschleppung in die Blutbahn bis hin zur Blutvergiftung oder Herzinnenhautentzündung

1. Besteht eine **Bluterkrankung/ erhöhte Blutungsneigung** oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? (z.B. häufiges Nasen- oder Zahnfleischbluten, Neigung zu Blutergüssen/ blauen Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleinen Wunden) ja nein
2. **Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung** (z.B. Marcumar, Marcuphen, Aspirin, ASS, Heparin, Pradaxa (Dabigatran), Xarelto (Rivaroxaban), Eliquis (Apixaban), Clopidogrel (Plavix, Iscover, Grepid, Zypya), Prasugrel (Efient)) ein ? ja nein
3. Haben Sie einen **Stent oder PTCA**? (ASS und Clopidogrel in diesem Fall weiternehmen) ja nein
4. Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeitsreaktion** (z.B. gegen Medikamente, Pflaster, Nahrungsmitteln, Tierfell, Betäubungsmitteln)? ja nein
5. Besteht eine **Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankung** (z.B. Herzklappenerkrankung, Bluthochdruck oder Bronchialasthma) ja nein
6. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator** oder ein **Metallimplantat** (z.B. Gelenkendoprothese)? ja nein
7. Besteht eine **akute/chronische Infektionskrankheit** (z.B.Hepatitis, AIDS) oder ein anderes **schwerwiegendes chronisches Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? ja nein
8. Sind **Störungen des Stoffwechsels** bekannt? (z.B.Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse) ja nein
9. Wurden Sie schon einmal am **oberen Verdauungstrakt** operiert? ja nein
10. Haben Sie **lockere Zähne, Zahnkrankheit** (z.B. Karies, Parodontose) oder tragen Sie **Zahnersatz** (z.B. Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen)? ja nein
11. **Frauen im gebärfähigen Alter**: Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Einwilligungserklärung:

Nach ausführlicher Aufklärung , die keine weiteren Fragen offen lässt, willige ich nach für mich ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Datum:

Unterschrift