



## Aufklärungsbogen zum Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin über die

### Magenspiegelung

(Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

Liebe Patientin, lieber Patient,  
mit diesem Aufklärungsbogen und einem begleitenden Gespräch unterrichten wir Sie über Art, Bedeutung und etwaige Komplikationen der Spiegelung des oberen Verdauungstraktes. Wir halten aufgrund Ihrer Beschwerden oder zur Erkennung möglicher krankhafter Veränderungen in diesem Bereich die Untersuchung für notwendig.

#### Untersuchungstechnik

Ein flexibles Instrument (Gastroskop) wird durch die Mundhöhle und die Speiseröhre bis in den Magen und von dort aus in den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Sie erhalten vorher eine örtliche Betäubung des Rachens mit Spray und evtl. eine "Beruhigungsspritze". Durch die Untersuchung lassen sich die inneren Wände der oben beschriebenen Organe optimal überblicken.

#### Mögliche Komplikationen

Auch bei sorgfältigster Untersuchung kann kein Arzt eine absolute Risikofreiheit garantieren. Bei einer Verkettung unglücklicher Umstände können selbst kleine Zwischenfälle, wie jeder weiß, zu schwerwiegenden Folgen bis hin zur Lebensgefahr führen. Glücklicherweise sind schwerwiegende Folgen sehr selten. Überempfindlichkeitsreaktionen auf die Beruhigungsspritze und die Rachenbetäubung sind selten, ebenso eine Verletzung (Perforation) durch das Instrument. Ebenfalls extrem selten sind Herzkreislaufkomplikationen. Außerdem kann es zu einer Blutung durch eine Probeentnahme kommen, die aber im Normalfall ohne Therapie sistiert.

**Um das Risiko der Untersuchung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:**

- |   |      |    |
|---|------|----|
| 1. Besteht bei Ihnen eine vermehrte Blutungsneigung selbst bei kleinen Verletzungen oder nach dem Zahnziehen ?  | nein | ja |
| 2. Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Operation im Rachenbereich, an der Speiseröhre oder am Magen durchgeführt ?                                       | nein | ja |
| 3. Besteht bei Ihnen eine Verengung der Speiseröhre oder ist ein Tumor in diesem Bereich bekannt ?  | nein | ja |
| 4. Besteht eine Allergie ( z.B. Heuschnupfen), Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel ?               | nein | ja |
| 5. Besteht eine Schwangerschaft ?   | nein | ja |
| 6. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Sintrom)?   | nein | ja |
| 7. Besteht eine Herz- oder Lungenerkrankung ( z.B. Herzrhythmusstörungen, zu hoher Blutdruck, Bronchialasthma ) oder tragen Sie einen Herzschrittmacher ? | nein | ja |
| 8. Wurden bei Ihnen Operationen an Herz, Lunge, Magen und Darm durchgeführt ?<br>Wenn ja, welche ? _____  | nein | ja |
| 9. Haben Sie locker sitzende Zähne, kariöse Zähne oder Zahnersatz ?   | nein | ja |

### Verhalten vor und nach der Untersuchung

Zum Zeitpunkt der Untersuchung sollten Sie mindesten 8 Stunden weder gegessen noch getrunken haben. Bis zu 1 Stunde nach der Untersuchung bitte nichts essen und trinken. Wenn Sie eine Beruhigungsspritze erhalten haben, dürfen Sie wegen der Beeinträchtigung Ihres Reaktionsvermögens innerhalb der nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern und keine Maschine bedienen.

**Bitte stellen Sie alle Fragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben** oder wenn Sie mehr über die Untersuchung oder ihre möglichen Komplikationen erfahren wollen. Wir geben Ihnen gerne Auskunft im Aufklärungsgespräch. Bitte fragen Sie uns nach allem, was Ihnen wichtig erscheint.

### Aufklärung des Patienten nach dem Aufklärungsgespräch

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_

hat mit mir heute anhand der Hinweise im Merkblatt ein Aufklärungsgespräch geführt, bei dem ich alle mich interessierenden Fragen stellen konnte.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist und willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein. Notwendig werdende Folge und Nebeneingriffe finden meine Zustimmung,  
oder

Ich versage meine Zustimmung.  
Über mögliche gesundheitliche Nachteile einer Ablehnung der Untersuchung wurde ich informiert.

Vermerk zum Aufklärungsgespräch:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten.