

PATIENTENAUFKLÄRUNG

NAME:

ÖSOPHAGO-GASTRO-DOUDENOSKOPIE

(Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)

Die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms ermöglicht uns, die Ursache Ihre Beschwerden genauer festzustellen bzw. krankhafte Veränderungen frühzeitig zu erkennen.

Die Spiegelung wird mit einem **biegsamen Instrument (Endoskop)** durchgeführt. Durch den Mund wird das Endoskop eingeführt und in die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Um krankhafte Veränderungen besser erkennen zu können wird Luft über das Endoskop eingeblasen, so daß sich die Verdauungsorgane besser entfalten können.

Falls erforderlich, lassen sich mit einer kleinen Zange völlig schmerzfrei **Gewebeproben** zur genaueren Untersuchung gewinnen. Die Untersuchung ist bis auf einen Würgereiz und eventuell ein leichtes Druckgefühl im Oberbauch schmerzfrei. Auf Wunsch wird der Rachen örtlich betäubt und/oder Sie erhalten eine Beruhigungsspritze

Vorbereitung:

Um den Verdauungstrakt genau beurteilen zu können, muß dieser frei von Speiseresten sein. Daher sollten Sie am Untersuchungstag **nüchtern** sein, d. h. min. 5 Stunden vor der Untersuchung **weder Speisen noch Getränke** zu sich genommen haben.

Komplikationen:

Die Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms ist heutzutage ein risikoarmes Routineverfahren. Trotz größter Sorgfalt kann es in seltenen Fällen dennoch zu Komplikationen kommen.

Selten Verletzungen durch die Lagerung vor, während und nach der Untersuchung sowie Gebißschäden bei lockeren Zähnen.

Selten stärker Blutungen durch die Entnahme von Gewebeproben. Sie können durch einspritzen von blutstillenden Medikamenten über das Endoskop meist sofort behandelt werden.

Selten Verletzungen durch das Endoskop bzw. Zusatzinstrumente oder durch das Einblasen von Luft bis hin zum Durchbruch (Perforation). Dies kann eine Operation erforderlich machen, die ihre eigenen Risiken hat.

Selten Beeinträchtigung der Atemfunktion sowie Herz-Kreislaufstörungen, insbesondere bei der Gabe von Beruhigungsmitteln oder als Überempfindlichkeitsreaktion auf eingespritzte Medikamente bzw. Betäubungsmittel. Die Überwachung während und auch nach der Untersuchung durch den Arzt und seiner Assistenten reduziert diese Gefahr jedoch erheblich.

Sehr selten Keimverschleppung in die Blutbahn bis hin zur Blutvergiftung.

Wichtige Fragen:

Besteht eine **Bluterkrankung/erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)?

nein ja

Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung** (z.B. Marcumar, Sintrom, Aspirin,)

nein ja

Besteht eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion** (z.B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, örtliche Betäubungsmittel)?

nein ja

Besteht eine **Herz-, Kreislauf oder Lungenerkrankung** (z.B. Herzklappenerkrankung, Bluthochdruck, oder Bronchialasthma)?

nein ja

Besteht eine akute/chronische **Infektionskrankheit** oder ein **schweres chronisches Leiden** (z.B. Hepatitis, AIDS,... Zuckerkrankheit, Epilepsie, Lähmungen...)?

nein ja

Haben Sie lockere Zähne, Zahnkrankheiten (z.B. Karies, Parodontose...) oder tragen Sie einen Zahnersatz (z.B. Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen...)?

nein ja

Ist bei Ihnen eine **Gelenkprothese** eingepflanzt worden oder arbeitet Ihr Herz mit einem **Schrittmacher**?

nein ja

Besteht eine **Schwangerschaft**?

nein ja

Falls Sie eine Rachenbetäubung oder eine Beruhigungsspritze erhalten haben, dürfen Sie für **mindestens 1 Stunde nichts essen und trinken**. Nach einer Beruhigungsspritze dürfen Sie frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Sie sollten auch nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten bzw. keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Treten **Schmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen** auf (z.B. Übelkeit, Bluterbrechen...), Informieren Sie bitte unverzüglich Ihren Arzt oder das zuständige Krankenhaus.

Einwilligungserklärung:

Patient:

ID Nr.

Über die geplante Untersuchung sowie eventuell erforderliche weitere Maßnahmen bin ich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert worden.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und willige nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Untersuchung ein.

Datum:

Unterschrift