

Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur Magenspiegelung (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient**

Bei Ihnen soll eine **Magenspiegelung (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- **ein Informationsblatt**
- **einen Fragebogen**
- **die Einverständniserklärung**

Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch. Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden.

Der Fragebogen:

Dürfen wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung vollständig auszufüllen und die Fragen nach Medikamenten, Unverträglichkeiten oder Allergien zu beantworten? Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, können Sie sich an Ihren Arzt oder an uns wenden. Bitte bringen Sie den Fragebogen, möglichst einen Tag vor der Untersuchung unterschrieben, zur Untersuchung mit. Falls Sie **gerinnungshemmende Medikamente** zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder regelmässig **Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc.** einnehmen, bitten wir Sie rechtzeitig (mindestens 1 Woche vor der Untersuchung) das allfällige Absetzen der Medikamente mit Ihrem Arzt zu besprechen.

Die Einverständniserklärung:

Bitte lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

Informationsblatt zur Magenspiegelung

Weshalb erfolgt eine Magenspiegelung?

Bei der Magenspiegelung werden die Speiseröhre, der Magen und der Zwölffingerdarm untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen (z.B. Entzündungen, Geschwüre, Krampfadern, Polypen oder Tumoren) und teilweise auch behandeln oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kontrollieren.

Welche Vorbereitungen sind für eine Magenspiegelung nötig?

Bitte nehmen Sie ab Mitternacht vor der Magenspiegelung keine feste Nahrung mehr zu sich, da der obere Verdauungstrakt für frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 2 Stunde vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Lassen Sie Ihre regulären Medikamente weg, ausser Ihr Arzt weist Sie ausdrücklich auf die Einnahme hin.

Fahrtüchtigkeit/Arbeitsfähigkeit?

Für die Untersuchung werden Ihnen in der Regel Schlaf- und/oder Schmerzmedikamente verabreicht. Die Fahrtüchtigkeit ist nach Erhalt dieser Medikamente nicht gegeben. Kommen Sie nicht mit dem eigenen Fahrzeug. Sorgen Sie für eine persönliche Begleitung. Nach Verabreichung dieser Medikamente besteht für 12 Stunden auch keine Unterschriftsfähigkeit. Das bedeutet, dass Sie während dieser Zeit keine Verträge abschliessen sollten.

Wie läuft die Magenspiegelung ab?

Zur allfälligen Verabreichung von Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten wird zunächst am Arm eine Infusion gelegt. Auf Ihren Wunsch kann darauf auch verzichtet werden und lediglich eine örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray durchgeführt werden. Untersucht wird mit einem dünnen beweglichen „Schlauch“ an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Schleimhaut der erwähnten Organe einsehen und nach krankhaften Veränderungen absuchen. Neben der genauen Inspektion der Schleimhaut können Gewebeproben entnommen oder verschiedene Eingriffe durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Blutstillung oder die Entfernung von Gewebe. Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen keine Schmerzen. Während der Untersuchung ist neben dem Arzt auch eine speziell geschulte Pflegefachperson (Schwester oder Praxisassistentin) anwesend.

Welche Risiken sind mit der Magenspiegelung verbunden?

Die Komplikationen einer Magenspiegelung sind extrem selten (0,2‰). Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können. Zu erwähnen sind allergische Reaktion, mögliche Zahnschäden bei schon vorbestehenden defekten Zähnen, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der Magenspiegelung auftreten.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach örtlicher Betäubung des Rachens mit einem Spray dürfen Sie während mindestens einer Stunde nichts essen und trinken. Treten nach der Magenspiegelung **Bauchschmerzen** oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z. B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) oder tritt Blut aus dem After aus (meist in Form von schwarzem, dünnflüssigem Stuhl), informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder gehen sie auf eine Notfallstation.

Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, können Sie diese mit Ihrem zuweisenden Arzt oder gerne mit uns besprechen. Sie erreichen uns unter **056 222 12 04**.

Fragebogen

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

	Ja	Nein
Haben Sie starkes Nasenbluten ohne ersichtlichen Grund ?		
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund (Zähneputzen) ?		
Haben Sie „ blaue Flecken “ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen ?		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger bluten (z.B. beim Rasieren) ?		
Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte oder vermehrte Menstruationsblutung (>7 Tage) haben ?		
Haben Sie längere oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahnbehandlung gehabt ?		
Haben Sie längere oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Geburt) ?		
Haben Sie während /nach Operationen Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten ?		
Besteht in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder, Onkeln) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung ?		

Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

	Ja	Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche ?		
Haben Sie eine Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion ? Wenn ja, welche ?		
Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit ?		
Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe (grün / rot) ?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat ?		
Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt ?		
Sind Sie Diabetiker/in ?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?		
Haben Sie lockere Zähne , eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit ?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Name Patient(in)

Unterschrift Patient(in)

Einverständniserklärung zur Magenspiegelung (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.
Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Magenspiegelung aufgeklärt.
Art, Ablauf und Risiken der Magenspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner
Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung einverstanden Ja Nein

Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden Ja Nein

Ort, Datum

Name Patient(in)

Unterschrift Patient(in)

Stempel +Unterschrift Arzt