



Gesundheitsfragebogen & Einverständniserklärung

Diesen Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt vor der Untersuchung abgeben.

Art der Untersuchung Magenspiegelung Darmspiegelung
 Enddarmspiegelung Anale Hautlappenentfernung (Marisektomie)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Grösse: _____ Datum der Untersuchung: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein, z. B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis? Haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Brufen oder andere Grippe-/Schmerzmittel regelmässig eingenommen? Wenn ja, welche? _____ Letzte Einnahme: (Datum und Zeit): _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht in Ihrer Familie eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen oder eine bekannte Blutgerinnungs-störung? Fällt auf, dass Sie länger bluten nach Operationen, bei Nasenbluten, Zahnfleischbluten oder bei der Menstruation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Medikamente, Soja, Eier, Milch oder andere Eiweisse, Latex oder örtliche Betäubungsmittel? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Nierenleiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Herzproblem oder wurde Ihnen ein Herzschrittmacher/Defibrillator implantiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Augenkrankheit? Wenn ja, an welcher? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Metallprothese (Hüft- oder Knieprothesen o. ä.) implantiert? Links: _____ Rechts: _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie lockere Zähne? Tragen Sie ein Lippen-, resp. Zungenpiercing oder eine Zahnprothese? Zahnprothesen müssen direkt vor der Spiegelung entfernt werden. Zungenpiercings bitte selbständig direkt vor der Magenspiegelung entfernen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Asthma, COPD, Stimmband- oder Zwerchfelllähmung, Schnarchen oder Schlaf-Apnoe? Verwenden Sie bronchienerweiternde Sprays?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits Operationen am Magen-Darm-Trakt oder gynäkologische Operationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie übertragbare Krankheit wie eine HIV-Infektion (AIDS), Hepatitis, Tuberkulose, MRSA oder eine andere?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zuletzt etwas getrunken (Uhrzeit): _____	Zuletzt etwas gegessen (Uhrzeit): _____	

Ich bin damit einverstanden, dass mir Schmerz- und/oder Schlafmedikamente verabreicht werden. *Andernfalls melden Sie sich umgehend bei uns damit wir entsprechend planen können.*

Ich bin damit einverstanden, falls meine klinischen- und Untersuchungsdaten (Histologie, Blutwerte, Fotos etc.) hilfreich sein könnten, diese anonymisiert für wissenschaftliche Arbeiten verwendet werden dürfen.

Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Merkblatt aufmerksam gelesen und verstanden. Ich bin über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt worden. Ich halte mich an die Empfehlungen für Patienten und Patientinnen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
(rechtsgültige Unterschrift)

Unterschrift Arzt
