bauch medizin bienne
Médecine abdominale

Gesundheitsfragebogen & Einverständniserklärung

Diesen Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt vor der Untersuchung abgeben.

Art der Untersuchung: ☐ Gastroskopie ☐ Koloskopie
☐ Marisektomie ☐ Sigmoidoskopie

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Grösse: _____ Datum der Untersuchung: _____

Zuweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

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 ☐	Nein ☐
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 ☐	Nein ☐
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Medikamente, Latex oder örtliche Betäubungsmittel? Wenn ja, welche? _____	Ja ☐	Nein ☐
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Soja, Eier, Milch oder andere Eiweisse? Wenn ja, welche? _____	Ja ☐	Nein ☐
Haben Sie ein Nierenleiden?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an Diabetes?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an einem Herzproblem oder wurde Ihnen ein Herzschrittmacher/Defibrillator implantiert?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an einer Augenkrankheit? Wenn ja, an welcher? _____	Ja ☐	Nein ☐
Wurde bei Ihnen eine Metallprothese (Hüft- oder Knieprothesen o. ä.) implantiert? Links: _____ Rechts: _____	Ja ☐	Nein ☐
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 ☐	Nein ☐
Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an Asthma? Verwenden Sie bronchienerweiternde Sprays?	Ja ☐	Nein ☐
Wann haben Sie das letzte Mal etwas getrunken (Uhrzeit): _____ gegessen (Uhrzeit): _____		

Welche Musik wünschen Sie während der Untersuchung?

☐ Schlager ☐ Pop ☐ Jazz ☐ Klassik ☐ Vintage ☐ Eviva (Volksmusik)

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 bin mit der Durchführung der Untersuchung und einer allfälligen Polypen-Entfernung einverstanden. Ich halte mich an die Empfehlungen für Patienten und Patientinnen.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in (rechtsgültige Unterschrift)	Unterschrift Arzt
_____	_____	_____