

Fragebogen & Einverständniserklärung

Diesen Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt vor der Untersuchung abgeben.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____

Grösse: _____

Datum der Untersuchung: _____

Zuweisender Arzt: _____

Hausarzt: _____

Art der Untersuchung:

Gastroskopie/Magenspiegelung

Koloskopie/Darmspiegelung

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?	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, Latex oder örtliche Betäubungsmittel? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Soja, Eier, Milch oder andere Eiweisse? 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"/>
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? Verwenden Sie bronchienerweiternde Sprays?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann haben Sie das letzte Mal etwas getrunken? Zeit: _____ gegessen? Zeit: _____		

Fragen zum Aufklärungsgespräch?

Notieren Sie sich Ihre Fragen und stellen Sie diese beim Gespräch vor der Untersuchung. Informieren Sie sich bei Bedarf bei Ihrem Hausarzt und auf unserer Website www.b-m-b.ch.

Nach der Untersuchung dürfen Sie aufgrund der Schlafmedikation 24 Stunden lang nicht Autofahren (analog Motorrad, Velo), keine Verträge unterschreiben, Maschinen bedienen oder wichtige Unterschriften tätigen. Daher bitten wir Sie, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu kommen oder sich von einer Begleitperson fahren zu lassen.

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.

Ich bin damit einverstanden, dass mir (falls notwendig) Schmerz- und/oder Schlafmedikamente verabreicht werden:

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
(rechtsgültige Unterschrift)

Unterschrift Arzt

Herzlichen Dank.