



## Patienteninformation-/Aufklärung und Einverständniserklärung

# Magenspiegelung

Sehr geehrte/r Patient/in,

zur weiteren Klärung Ihrer Beschwerden wurde Ihnen empfohlen, eine

**Magenspiegelung** (Ösophago – Gastro – Duodenoskopie)

durchführen zu lassen, gegebenenfalls mit

**endoskopischer Behandlung** (z.B. Dehnung von Engstellen, Polypentfernung, Verödung, Blutstillung)

Bei der Magenspiegelung wird ein spezielles dünnes Endoskop über den Mund durch die Speiseröhre in den Magen bis zum Zwölffingerdarm vorgeschoben, dabei die Innenseiten von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm untersucht und meist kleine Gewebeproben entnommen. Ausführliche Informationen zum Ablauf der Untersuchung finden Sie über unsere Homepage [www.burlefinger-beigel.de](http://www.burlefinger-beigel.de) und auf Erklär-Videos über den QR-Code.



## Mögliche Nebenwirkungen/ Komplikationen der Magenspiegelung

Bei der Magenspiegelung treten sehr selten Komplikationen auf. Ernste Komplikationen werden mit einer Häufigkeit von weniger als 1:10 000 bis 1:20 000 angegeben, bei endoskopischen Eingriffen etwas mehr. Mögliche Komplikationen, die unmittelbar oder verzögert auftreten können sind u.a.:

- Lippen- oder Zahnverletzungen durch den Beißring oder Manipulation, Halsschmerzen, Heiserkeit und Schluckbeschwerden, sehr selten Kehlkopfverletzung und Aspiration (Einatmen von Magenflüssigkeit)
- Verletzung oder z.B. Einriss der Wand des untersuchten Organes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm) mit eventuell erforderlicher (Not-)Operation. Bei Verletzung der Wand Gefahr des Austritts von Keimen in den Bauchraum mit Entzündung. Kleinere Verletzungen/Einrisse können meist endoskopisch behandelt werden.

Während Gewebeentnahmen weitestgehend schmerzfrei sind, kann die Untersuchung selbst als unangenehm oder selten sogar schmerzhaft empfunden werden. Vor dem Eingriff kann daher zur Sedierung ein Beruhigungsmittel appliziert werden.

Mögliche Nebenwirkungen/Komplikationen hierunter sind:

- Schmerzen an der Einstichstelle des venösen Gefäßzugangs, der für die Gabe des Beruhigungsmittels notwendig ist
- Nerven-/Gewebeschäden und Venenentzündungen/-Thrombosen, wenn das Beruhigungsmittel neben die Vene gelangt
- Nerven-/Gewebeschäden durch Lagerung bzw. eingriffsbegleitende Maßnahmen
- Beeinträchtigung der Atemfunktion bis hin zum Atemstillstand
- Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand, Herzinfarkt
- Abfall von Blutdruck und Puls
- Aspiration (Einatmen von Magenflüssigkeit)
- Überempfindlichkeitsreaktion bzw. allergische Reaktion auf Pflaster oder Medikamente bis hin zum Kreislaufschock



## Fragen, beantwortet durch

Bitte Name und Vorname, Geburtsdatum, Größe und Gewicht hier eintragen:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen uns damit Risiken für Ihre Untersuchung zu erkennen.

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Marcumar  Aspirin/ASS  Andere: \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein? Welche?

\_\_\_\_\_

Bluten Sie verstärkt oder entwickeln sich blaue Flecken auch nach kleinen Verletzungen?  Ja  Nein

Haben Sie einen grünen Star der Augen (sog. Glaukom)?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Thrombosen oder Embolien? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Herzerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Rhythmusstörung, KHK)?  Ja  Nein

Haben Sie Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)?  Ja  Nein

Haben Sie Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie eine Krebserkrankungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche?  Ja  Nein

Haben Sie Metallteile/Implantate/Herzschrittmacher im Körper?  Ja  Nein

Besteht eine chronische Infektionskrankheit?  Hepatitis  HIV  Andere: \_\_\_\_\_

Wurden Sie am Magen/Darmtrakt oder gynäkologisch operiert?  Ja  Nein

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie lockerer Zähne/herausnehmbare Zahnprothesen?  Ja  Nein

Nur bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein/sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn Sie noch weitere Fragen haben oder weitere Einzelheiten wissen möchten, geben wir Ihnen gerne Auskunft. Notieren Sie Ihre Fragen hier:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieses Feld bitte frei lassen für die Praxis.



## Einverständniserklärung und Einwilligung zur Magenspiegelung

Ich habe die Patienten-Informationen gelesen und alle weiteren Informationen in einem persönlichen Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Dies gilt ausdrücklich auch für eine ggfs. notwendige Interventionserweiterung des Eingriffs mit Gewebeabtragung mittels Zange oder Schlinge.

Ja  Nein

Ausreichende Informationen zu der geplanten Untersuchung, die Art, Gründe, Alternativen, Vorbereitung und Durchführung beschreiben, habe ich erhalten und verstanden.

Ich hatte mehrfach Gelegenheit Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass ich mich jederzeit ohne nachteilige (finanzielle) Folgen von der Behandlungs-Vereinbarung lösen kann. Nach für mich ausreichender Bedenkzeit willige ich in die vorgesehene Untersuchung ein.

Für den Fall, dass zur Untersuchung eine Sedierung (Beruhigungsspritze) verabreicht wird, versichere ich, dass ich am Untersuchungstag nicht selbst mit einem Fahrzeug (Auto, Motorrad, Fahrrad, Roller, eScooter etc.) nach der Untersuchung nach Hause fahre, aktiv am Straßenverkehr teilnehme bzw. schwere Maschinen bediene.

Ich wurde darüber informiert, dass ich mich nach der Untersuchung bei Beschwerden oder bei Beeinträchtigungen meines körperlichen Wohlbefindens, wie zum Beispiel Bauchschmerzen, Blutungen, Schweißausbrüchen, Fieber, Schwindel oder Übelkeit unverzüglich zur Therapie zu meinem behandelnden Arzt oder in ein Krankenhaus begeben muss.

Ich möchte vorstehende Dokumentation der Aufklärung und Einverständniserklärung in **Kopie** erhalten

Ja  Nein

**Anmerkungen** zum Gespräch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
ggfs. gesetzlicher Vertreter/Dolmetscher

\_\_\_\_\_  
Arzt