

Bitte bringen Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben zum Vorgesprächstermin mit.
In der Praxis erfolgt dann die Risiko-
aufklärung durch den Arzt/die Ärztin.

Infektionsschutz

Halskratzen? → FFP II Maske in der Praxis tragen!

Atemwegsinfekt? (Husten/Niesen/Auswurf/laufende Nase/Fieber) → Endoskopietermin absagen!

Sie können Ihren Termin telefonisch, auf dem Rezept-AB, per Mail oder über das Kontaktformular der Homepage absagen. Wir bieten Ihnen gerne einen Ersatztermin nach vollständiger Genesung an.

Vorgespräch

→ vorab ausgefüllte Unterlagen beschleunigen den Ablauf beim Vorgespräch!

(Download über Homepage oder id. Praxis abholen, ausfüllen und bitte zum Gespräch mitbringen)

→ Wir führen in unserer endoskop. Schwerpunktpraxis ca. 90 Endoskopien pro Woche durch!

Wir bitten um Verständnis, dass wir zur Gewährleistung einer zeitnahen Terminvergabe Vorgespräch und Spiegelung nicht immer durch denselben Arzt bzw. dieselbe Ärztin erfolgen können. Dies liegt teilweise auch an kassenrechtlichen Beschränkungen und Vorgaben. In Urlaubs-, Kongress- bzw. Krankheitsfällen kann es darüber hinaus zu einer Änderung der ärztlichen Einteilung kommen. Unser ärztliches Team besteht ausschließlich aus erfahrenen Fachärzten/Fachärztinnen.

Hausordnung

→ Begleitpersonen unterliegen den gleichen Regeln des Infektionsschutzes wie Patient*innen!

Patienten und Begleitpersonen, die den Praxisfrieden stören, weisen wir konsequent in Ihre Schranken. Dies bezieht sich auf Nichtbeachtung der Hausregeln oder respektloses Gepöbel, wenn beispielsweise Begleitpersonen nicht verstehen wollen, dass für Endoskopie-Patienten in unserer Praxis die Aufenthaltszeit grundsätzlich bis zu 2 Stunden betragen kann, je nach Aufwand der Behandlung und dem unvorhersehbaren Schweregrad anderer zeitgleich in der Praxis zu behandelnder Fälle. Nur so gewährleisten wir die Ihnen geschuldete Struktur- & Behandlungsqualität. Wer kurzfristige Anschlusstermine auf den Endoskopietag legt, hat eben schlecht geplant!

Wir dulden in unserer Praxis keine Verrohung der Umgangsformen, wie sie in unserer Gesellschaft, und zwar unabhängig vom Bildungs- bzw. Versicherungsstatus, leider zu beobachten ist. Dies sind wir unseren dankbaren Patienten und motivierten Mitarbeitern schuldig.

Zur Kenntnis genommen, Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift X.....

(Patient/in)

Vorgespräch: COLO in der Praxis

Untersuchungsdatum Uhrzeit

Zulässiges Körpergewicht auf unseren Liegen: 125 Kg!

- EMPFANG:** → Pat.-Karte Kettendokumente drucken personalisiert mit Termin-Eintrag (s.o.) aushändigen
→ Pro Compliance Bogen Name/Vorname/GebDat. eintragen & Formular Pat. aushändigen
→ Darmvorbereitungszettel + Termin-Eintrag & Markierung der gültigen Zeiten herausgeben
→ GKV: Citrafleet mitgeben PKV: RPP Citrafleet geben & sagen: „Arzt muss unterschreiben!“
- PAT:** Video gesehen & alles gelesen & ausgefüllt Check Unterschriften [außer Einwilligung]
- LABOR:** GKV Vorsorge / PKV: „COLOS“ QUICK & kl.BE / extern Labor max. 6 Wo? Scanner ...
ggf. Extra-Labor gerötelt? Check PC
- ARZT:** → CMD „CV“ abarbeiten. PKV → RPP unterschreiben
→ Falls BE nötig: Eintrag „Wartezimmerliste 3“,
→ Falls erweiterte BE am U.- Tag → Eintrag unten auf dieser Seite!
- EMPFANG:** Bei Wunsch Aufklärung kopieren Pat. bestätigt Kopie erhält schriftlich
 Originale mit Aufklärungsnotizen & Unterschriften verbleiben stets in der Praxis.

Sedierung nur bei Abholung/Taxi

Grundsätzlich können Spiegelungen auch ohne Sedierung (Gabe von Beruhigungs- bzw. Schlafmittel) erfolgen. Aktuell wünschen 90% aller Patienten und Patientinnen aber eine Sedierung, da diese die Untersuchung angenehmer gestaltet, was i.d.R. die Sedierungsrisiken aufwiegt.

Risiken sind z.B.: Venenreizungen & seltene lokale Schädigungen von Nerven & Gewebe, seltene Herzkreislauf- & Atemstörungen sowie allergische Reaktionen.

Wir sedieren **im Regelfall mit Propofol**. Vorteile dieses Medikaments sind rascher Wirkungseintritt und kurze subjektive Wirkdauer. Das heißt, Sie wachen nach Untersuchung schnell wieder auf und fühlen sich am Folgetag normal leistungsfähig. Teilen Sie uns gerne mit, wenn sie möglichst nichts von der Endoskopie mitbekommen wollen. Die Sedierungstiefe ist allerdings abhängig von Ihrem Allgemeinzustand und individuellen Besonderheiten ärztlich zu bestimmen. Patientensicherheit hat im Einzelfall Vorrang vor dem Wunsch nach erinnerungsloser vollständig schmerzfreier Untersuchung.

In folgenden Fällen nutzen wir das **Alternativmedikament Dormicum***:

1) allergische Reaktion bei: Soja, Hühnereiweiß, Sulfit, Erdnuss (nicht andere Nüsse) 2) Epilepsie.

**) Dormicum wirkt allerdings länger nach, Fahrtüchtigkeit ist hier erst am übernächsten Tag gegeben.*

Nach der Untersuchung werden Sie in unserem Aufwachbereich weiterhin überwacht. Auch wenn Sie bereits wach sind, **stehen Sie bitte nicht unaufgefordert von Ihrer Untersuchungsliege auf.** **Nach Propofolsedierung dürfen Sie an diesem Tag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Bei Propofol-Monosedierung reicht eine Abstinenz von den o.g. Tätigkeiten am Tag des Eingriffs aus.

Nach Endoskopie mit Sedierung darf die Praxis nur nach ärztlichem Abschlussgespräch und in **Begleitung einer volljährigen Person** verlassen werden, alternativ rufen wir Ihnen ein **Taxi**, dass Sie direkt in der Praxis abholt und bis zur Haustür begleitet (bitte Taxengeld mitbringen!). **Sie werden nicht sediert, wenn Sie nicht in der Praxis abgeholt werden bzw. ein Taxi verweigern!**

- Ich wünsche eine Sedierung & befolge die strikten Verhaltensregeln.
- Ich habe den Film zur Patientenaufklärung vollständig gesehen & verstanden.

Hamburg, den «DTM4» **X**.....
(Patient/in)

BEI ENDOSKOPIE BEACHTEN:

- PCF, kl. Gastroskop, Ärztin (No GKV), Schlafapnoe, Schlafapn. (Gerät dabei),
 Dormicum (No Propo), ohne Sed, will komplett schlafen, Glaukom (No Busco),
 SM/Defi (No Strom), unter Marcumar/Doppelantikoagulation (No Polyektomie),
 Angstpat. (zügig beginnen), Infekt (ohne Virusreplikation), Infekt (aktiv.../Extraschutz)

«BVOa»
Name: _____ Datum: _____
Geb. Dat.: _____

Anamnesebogen

Die sorgfältige & vollständige Beantwortung der Fragen ist Voraussetzung für ein optimales Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und verfügbarer Ressourcen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besuchsanlass: Vorsorge/Gesundheits-Check-up, Akutbeschwerden Chron. Beschwerden (mind. 3 Monate), Verlaufs-Kontrolle bei Darmpolypen Verlaufs-Kontrolle bei CED (M. Crohn oder Colitis Ulcerosa)
 Verlaufskontrolle bei: _____
Aktuelle Anamnese: Schluckstörung, Gewichtsverlust (.....Kg), unerklärte Blutarmut, Fieber, Blut im Stuhl,
 wechselnde Stuhlfrequenz, aktuell Durchfall (mindestens 1 Woche und maximal 3 Monate) Verstopfung
 Stress/Sorgen/Burn-out Psychopharmaka ich bin (oder war) in Psychotherapie. Weitere relevante Symptome: _____
Wunsch bei chron. Beschwerden: Expertenrat, Behandlungsversuch, Frage nach sinnvoller Diagnostik,
 Angst nehmen, Coaching & Behandlungsbündnis*), Ernährungstherapie/Beratung (in unsere Praxis möglich!)

Welche Diagnose vermuten Sie, bzw. haben Ärzte gestellt? _____

Erkrankungen/Vorgeschichte

Speiseröhre/ Magen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Darm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber/Galle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung/hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge/ Asthma/ Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Niere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauch-OP (wo?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Herzinfarkt	_____	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose	_____	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	_____	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung (wo?)	_____	<input type="checkbox"/> nein

Erkrankungen i.d. Familie (Blutsverwandte - auch Großeltern)

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/ Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebs (ggf. „wo“ & „wer“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektionen:

HIV+ bzw. AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis (B/C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige (welche?)	_____	

Medikamente:

Antiepileptika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparinspritzen <input type="checkbox"/> ASS, Aspirin, Godamed		
<input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Clopidogrel (z.B. Plavix, Iscover) <input type="checkbox"/> Andere		
PPI (Omepr/Pantoprazol)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibaby-Pille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Medikamente	...ggf. Mediplan	mitbringen!
<input type="checkbox"/> Insulin, <input type="checkbox"/> Metformin, <input type="checkbox"/> Blutdruck-Med.		

Allergien/ Unverträglichkeiten gegen:

Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Narkosemittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nahrungsmittel:	_____	
Sonstige:	_____	

Gewicht (Kg): _____ **Größe(cm):** _____

Rauchen	<input type="checkbox"/> ja: _____ Zig./Tag	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	
Drogen	_____ <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
schadhaft Zähne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auslandsaufenthalte:	_____	
Sportliche Aktivitäten:	_____	

Fragen zur Minimierung des Untersuchungs- & Eingriffsrisikos vor Spiegelung (Endoskopie)

Ich habe oder hatte Endometriose / Kaiserschnitt / Leistenbruch-OP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen Herzpass bzw. ich habe ein hohes „Endokarditis“-Risiko	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie oder Allergie gegen Folgendes: Soja, Hühnereiweiß, Erdnuss, Sulfit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Implantate aus Metall (z.B. Herzschrittmacher, Gelenkprothesen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht bin schwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihre E-Mail Adresse: _____,

Ihre Handynummer: _____,

bzw. , soweit Sie kein Handy besitzen sollten, Ihre Festnetznummer: _____.

Die Namen zuweisender bzw. der aktuell weiterbehandelnden Praxis bitte hier eintragen:

Hamburg, den «DTM4» Unterschrift Patient/in **X**.....

Angebot der schonend-drucklosen CO₂-Spiegelung

CO₂ wird vom Körper etwa 150-mal schneller absorbiert als Luft. Dadurch werden Beschwerden durch übermäßige Aufdehnung des Darmtraktes während und nach der Untersuchung vermieden.

Alternativ pumpen wir den Magendarmtrakt bei GKV-Kassenendoskopien mit Raumluft auf.



Ja, ich wünsche die schonend drucklose CO₂-Spiegelung!

GKV-Versicherte zahlen 20,- Euro in bar

am Untersuchungstag unmittelbar vor der Endoskopie,
bei regulären Privatpatienten ist die CO₂-Gabe mit der Abrechnung der
Spiegelungsleistung abgegolten (*gilt nicht für Post B, KBV bzw. PKV-Sozialtarife - z.B. Basistarif*).



Nein, ich verzichte auf alle Vorteile der drucklosen CO₂-Spiegelung!

Ich wünsche das Aufpumpen meines Verdauungstraktes mit Raumluft.

Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift **X**.....
(Patient)

Sie erhalten von uns am Untersuchungstag automatisch eine Kopie des Untersuchungsbefundes.

Wünschen Sie zusätzlich eine Kopie der heutigen Aufklärungs-Dokumentation?



NEIN - Umweltschonender Verzicht

- ich fotografiere nach dem Arztgespräch selbst mit meinem Smartphone die Aufklärung und
verwalte diese z.B. in meiner digitalen Patientenakte,

oder

- ich wünsche keine Kopie.



JA - ich habe heute eine Kopie der unterzeichneten Aufklärung gewünscht & erhalten,
und bestätige hiermit, dass die Kopie identisch mit dem unterschriebenen Original ist.

Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift **X**.....
(Patient)