

Bitte bringen Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben zum Vorgesprächstermin mit. In der Praxis erfolgt dann die Risikoaufklärung 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 Endoskopietermin legt, hat eben schlecht geplant!

Wir dulden in unserer Praxis keine Verhöhnung 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)

Name:

Geb. Dat.:

, Datum:

MAGENSPIEGELUNG

Ihr Termin: Datum: ____ ____, Uhrzeit: ____.

Max. Körpergewicht auf unseren Endoskopie-Liegen: 125 Kg.
Bitte beachten: wir fordern eine Ausfallgebühr von bis zu 150€, soweit Sie ohne Absage nicht zum Endoskopietermin erscheinen. Diese Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Vor Untersuchung: bitte 6 Stunden nicht essen, 3 Stunden nicht trinken, am Tag vor der Untersuchung nicht rauchen.

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, Sulfid, 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 Untersuchungsfläche 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)

«BVGa»
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 _____

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 ja nein
Darm ja nein
Leber/Galle ja nein
Bauchspeicheldrüse ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Herzerkrankung/hoher Blutdruck ja nein
Schilddrüse ja nein
Lunge/ Asthma/ Schlafapnoe ja nein
Grüner Star (Glaukom) ja nein

Niere ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Rheuma ja nein
Krebs (wo?) _____ ja nein

Herzinfarkt _____ nein
Thrombose _____ nein
Schlaganfall _____ nein
Bauch-OP (wo?) _____ nein

Infektionen:

HIV+ bzw. AIDS ja nein
Hepatitis (B/C) ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige (welche?) _____

Medikamente:

Antiepileptika ja nein
Gerinnungshemmer ja nein
 Marcumar Heparinspritzen ASS, Aspirin, Godamed
 Xarelto Clopidogrel (z.B. Plavix, Iscover) Andere
PPI (Omepr/Pantoprazol) ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibaby-Pille ja nein
Sonstige Medikamente ...ggf. Medi-Plan!
 Insulin, Metformin, Blutdruck-Med.

Allergien/ Unverträglichkeiten gegen:

Antibiotika ja nein
Narkosemittel ja nein
Schmerzmittel ja nein
Nahrungsmittel: _____
Sonstige: _____

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

Herzinfarkt ja nein
Thrombose ja nein
Schlaganfall ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes/ Zuckerkrankheit ja nein
Krebs (ggf. „wo“ und „wer“?) ja nein

Gewicht (Kg): _____ Größe(cm): _____

Rauchen ja: _____ Zig./Tag nein
Alkohol regelmäßig selten nie
Drogen _____ ja nein
schadhaft Zähne ja nein
Zahnersatz ja nein
Auslandsaufenthalte: _____
Sportliche Aktivitäten: _____

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

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

Ihre E-Mail Adresse: _____,

Ihre Handynummer: _____,

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

Die Namen zuweisender bzw. weiterbehandelnder Ärzt*innen 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 Magendarmtraktes während und nach der Untersuchung vermieden.



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)