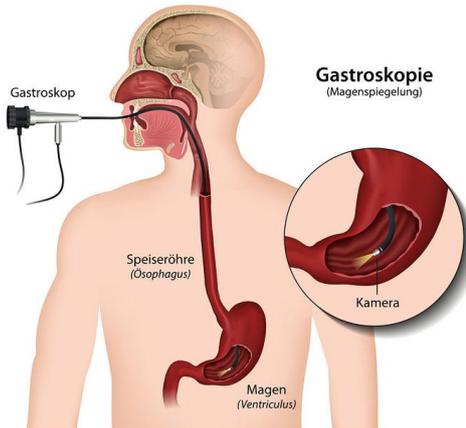




Endoskopische Untersuchung des oberen Verdauungstraktes **(Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Magenspiegelung)**

Liebe Patientin, lieber Patient, diese Untersuchung bedarf Ihrer Zustimmung.



Quelle: <https://chirurgie-kees.at/wissen-gastroskopie>

Name des Patienten: _____

Untersuchungsdatum: _____

Uhrzeit: _____

Geburtsdatum: _____

Code - Nr.: _____

Deshalb erlauben wir uns, Sie mit diesem Merkblatt und in einem Aufklärungsgespräch über Art, Bedeutung und mögliche Komplikationen der Untersuchung zu informieren.

Moderne dünne und bewegliche **Video-Endoskope** ermöglichen heute die Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm und sind die wichtigste Maßnahme zur Klärung von Verdauungsbeschwerden und Oberbauchschmerzen. Nach örtlicher Betäubung des Rachens wird das Instrument wie ein Magenschlauch eingeführt, nachdem der Patient vorher durch eine Beruhigungsspritze entspannt wird.

Nach Einbringen von Luft können sämtliche Abschnitte der erwähnten Organe problemlos eingesehen werden. Falls krankhafte Veränderungen der Magenschleimhaut entdeckt werden, kann man mit einer kleinen Zange völlig schmerzlos Gewebeproben entnehmen und diese unter dem Mikroskop betrachten.

Die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ist anerkanntermaßen die sicherste Methode zur Früherkennung des Magenkrebses. Damit kann der Krebs in einem Stadium entdeckt werden, in dem eine Heilung möglich ist. Auch feinste Veränderungen der Schleimhaut sowie Zwölffingerdarmgeschwüre lassen sich exakt nachweisen. Die Spiegelung des oberen Verdauungstraktes ist auch bei einer akuten Blutung mit Bluterbrechen oder Teerstuhl die verlässlichste diagnostische Methode (Notfallendoskopie). Die genaue Beurteilung der Art der Blutung und die Lokalisation der Blutungsquelle ist nur endoskopisch möglich. Damit kann auch entschieden werden, ob der Patient weiter medikamentös oder operativ behandelt werden muss. Komplikationen dieser Untersuchung sind äußerst selten. Ernste Komplikationen sind nur in einem von 10.000 Fällen zu erwarten. Eine Verletzung der untersuchten Organe durch das Endoskop ist äußerst selten. Mit Überempfindlichkeitsreaktionen auf die Beruhigungsspritze und auf die Rachenbetäubung ist nur in ganz seltenen Fällen zu rechnen.



Um dies sowie das Risiko einer Blutung weitgehend auszuschalten, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender **Fragen:**

1. Ist bei Ihnen eine Allergie (wie z. B. Heuschnupfen oder Asthma) bekannt oder liegen Überempfindlichkeiten gegenüber Nahrungsbestandteilen (z. B. Soja) oder Medikamenten vor? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
2. Haben Sie eine vermehrte Blutungsneigung bei kleinen Verletzungen (z.B. beim Zähneputzen, häufiges Nasenbluten)? Ja Nein
3. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
4. Ist bei Ihnen ein Herzklappenfehler bekannt bzw. wurde ein Herzklappenfehler operiert? Ja Nein
5. Ist bei Ihnen eine spezielle Augenerkrankung, ein "Grüner Star" (= Glaukom) bekannt? Ja Nein
6. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Aspirin/ASS, Plavix, Iscover, Prasugrel, Brilique) ein? Ja Nein
7. Tragen Sie einen Zahnersatz? (Bitte vor der Untersuchung herausnehmen!) Ja Nein
8. Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis oder AIDS)? Ja Nein
9. Liegt bei Ihnen eine Lungenerkrankung vor (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, COPD)? Ja Nein
10. Ist bei Ihnen ein Schlafapnoesyndrom bekannt? Verwenden Sie ein Atemhilfsgerät? Ja Nein

Zu Punkt 6:

Falls Sie ASS 100 zur Blutverdünnung einnehmen, setzen Sie dies bitte **am Tag** der Untersuchung ab.

Wenn Sie wegen **Vorhofflimmern** einen Blutverdünner (z.B. Xarelto, Eliquis, Pradaxa o.a.) nehmen, setzen Sie diese Tablette bitte **48 Stunden vor der Untersuchung** ab.

Nehmen Sie **Marcumar, Clopidogrel, Plavix oder zwei verschiedene Blutverdünner** ein, sprechen Sie **vor** der Untersuchung bitte mit Ihrem Hausarzt, Ihrem Kardiologen oder sprechen Sie uns an – bitte dann auch einen **Arztbericht** in Kopie mitbringen, aus dem hervorgeht, **warum** Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen müssen – wir helfen Ihnen dann gerne weiter.

Nehmen Sie bitte am Tag vor der Untersuchung ab 22 Uhr keine Nahrungsmittel (auch keine Getränke) und auch keine Medikamente mehr zu sich!

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Thomas Stritzke
Dr. med. Thomas Biegel
Stefanie Rothkegel
Dr. med. Ulrich Groß



Fachärzte für Innere Medizin
Diabetologische Schwerpunktpraxis
Diabetologische Fußambulanz
Gastroenterologie / Hepatologie
Notfallmedizin
www.schwerpunktpraxis-neuwied.de
✉ terminzusage@web.de

56564 Neuwied – Dierdorfer Str. 115-117
☎ 02631 - 9071-0 Fax: 02631 - 9071-20

Wegen der zu Beginn der Untersuchung verabreichten Beruhigungsspritze, die das Reaktionsvermögen beeinträchtigt, **dürfen Sie bis zum nächsten Tag kein Kraftfahrzeug steuern und keine Maschine bedienen.** Wegen möglicher Nachwirkungen der verabreichten Medikamente ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass Sie nach der Untersuchung durch eine **Begleitperson in den Räumlichkeiten der Praxis** abgeholt und nach Hause gebracht werden. Wie möchten Ihnen empfehlen, dass die Begleitperson auch beim abschließenden Gespräch vor Entlassung anwesend ist, da aufgrund der Auswirkungen der verabreichten Medikamente bei Ihnen wichtige Informationen später nicht mehr erinnerlich sein können.

Meine Begleitperson: _____ / _____
Name Telefon-Nr. bzw. Handy-Nr.

Falls Sie noch weitere Einzelheiten über die Art der Untersuchung, die Möglichkeiten und Häufigkeiten von Komplikationen wissen wollen, sprechen Sie uns gerne an!

Bitte fragen Sie uns!

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein. Ja Nein

Brauchen Sie eine Krankmeldung? Ja Nein

Nach dem Patientenrechtegesetz 2013 haben Sie das Recht Ihre Einwilligungserklärung für die Untersuchung als Kopie zu erhalten.
Ich wünsche eine Kopie für meine Unterlagen. Ja Nein

Bemerkungen: _____

Bitte spätestens 5 Tage vorher Rückmeldung ob Sie den Termin wahrnehmen oder nicht, ansonsten wird der Termin anderweitig vergeben.

Möglichkeiten der Terminbestätigung: ☎ 02631/ 9071-0 – gerne auch Nachrichtenmitteilungen während der Sprechzeiten auf den Anrufbeantworter **oder** Fax 02631/ 9071-20 **oder** ✉ terminzusage@web.de
Bitte denken Sie daran uns Ihren Namen, Geburtsdatum und vereinbarten Termin zu nennen.
Wir bitten um Verständnis, dass wir im Falle einer ausbleibenden Bestätigung den Termin anderweitig vergeben.

Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes

Version 2.0	21	
28.08.2025		