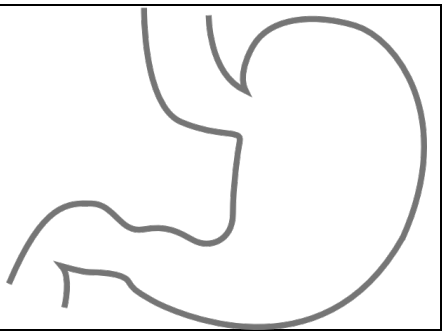
Bitte Name, Vorname, Geburtsdatum eintragen:		

Aufklärungsbogen Gastroskopie

Die Magenspiegelung (Gastroskopie) ist die genaue Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm. Sie wird mit einem flexiblen Instrument durchgeführt und erlaubt die direkte, natürliche Betrachtung.

Gründe für die Untersuchung: z. B. Engegefühl im Hals, Schluckstörungen, Sodbrennen, Schmerzen hinter dem Brustbein, längere Zeit bestehende „Bauch-" und/oder Magenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen von Blut oder „Kaffeesatz", chronische Durchfallerkrankungen, Gewichtsabnahme, Tumorsuche, Vor- und Nachsorgeuntersuchungen.

Voruntersuchung und Vorbereitung: Voruntersuchungen oder eine spezielle Vorbereitung sind nicht notwendig. Die Untersuchung wird in der Regel vormittags erfolgen. Nehmen Sie am Abend vorher eine leichte Mahlzeit ein und bleiben Sie dann nüchtern. Sie sollten 12 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein.

Durchführung: Lose Zahnprothesen müssen entfernt werden. Vor der Untersuchung wird der Rachen mit einem Spray betäubt, sofern nicht eine Allergie gegen Betäubungsmittel besteht. Sie sollten dann mit dem Essen und Trinken nach der Untersuchung abwarten bis die Betäubung nachgelassen hat um sich dabei nicht zu verschlucken. ***Alternativ können Sie auch eine Beruhigungsspitze erhalten, dann sind Sie nach 12 bis 24 Stunden wieder verkehrstüchtig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem behandelnden Arzt ab wann Sie wieder ein Fahrzeug führen können. Sie können sich individuell von einer Begleitperson abholen lassen.***

Ein Plastikbeißring zwischen den Zähnen verhindert die Beschädigung des empfindlichen Instrumentes. Die Untersuchung dauert in der Regel nur wenige Minuten. Dabei können Gewebeproben zur feingeweblichen oder bakteriellen Untersuchung entnommen werden. Wenn Sie eine Beruhigungsspritze erhalten haben wird der Rachen nicht extra betäubt und Sie können nach der Untersuchung in der Regel gleich wieder essen und trinken.

Sonderfall: Bei schon bekannten Vorbefunden, z. B. Magenpolypen, können bei dieser Untersuchung auch endoskopische Eingriffe (Polypenabtragungen) durchgeführt werden. In diesem Fall ist vorher eine Blutuntersuchung zur Bestimmung von Blutbild und Gerinnungswerten notwendig.

Juristische Aufklärung und Einverständnis: Die Magenspiegelung ist heute eine Standardmethode. Bei Untersuchungen dieser Art treten selten Komplikationen auf. Ernste Komplikationen werden mit einer Häufigkeit von weniger als 1:10.000 bis 20.000 angegeben. Sie treten insbesondere bei Injektionen eines Beruhigungsmittels auf, da diese Medikamente Atem- und Kreislauffunktionen beeinträchtigen können und Allergien auslösen können. Bei endoskopischen Eingriffen besteht ein höheres Risiko, eine Blutung auszulösen oder die Organwand zu tief zu verletzen. Wenn Sie zur Untersuchung eine Spritze erhalten, wird dadurch Ihr Reaktionsvermögen für bis zu 24 Stunden beeinträchtigt.

Bei derartigen Komplikationen können ein stationärer Aufenthalt und ein chirurgischer Eingriff (unter Eröffnung der Bauchdecke) notwendig werden. Die Häufigkeit dieser Komplikationen liegt bei erfahrenen Untersuchern unter 1%.

Bitte Name, Vorname, Geburtsdatum eintragen:

_____

Aufklärungsbogen Gastroskopie

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.

Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente?	☐ nein ☐ ja, gegen _____
Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	☐ nein ☐ ja
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	☐ nein ☐ ja ☐ Marcumar ☐ Aspirin ☐ andere _____
Besteht bei Ihnen eine akute/chronische Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, HIV)?	☐ nein ☐ ja ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ andere_____

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

Wenn ich mich für die Beruhigungsspritze entscheide, darf ich 12-24 Stunden nach der Untersuchung kein Fahrzeug führen bzw. im Straßenverkehr teilnehmen.

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung und ggf. auch für eine Polypenabtragung, sowie in eine Gewebeprobe ein.

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift behandelnder Arzt

Patientenname, -vorname	Telefonnummer (Patient)
Geburtsdatum Unterschrift	
Beruf (freiwillige Angabe)	Hausarzt (Name, Adresse)
E-Mail (freiwillige Angabe)	

Welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?

Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Epilepsie, Schlaganfall, Hepatitis, HIV, usw.):

Abholer
Praxis Dres. med. Seutter/Flüeck, Königstr. 72, 90402 Nürnberg/Tel:0911/204141

Patienten-Name:_____

Ich gehe alleine ☐

Ich lasse mich abholen ☐ ------- Tel-Nr. v. Abholer:_____

Taxi ☐ Dauer der Anfahrt:_____

Nur bei Notfällen anrufen:_____

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Patientenname:…….,geb. am…….,

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§73 Abs. 1b SGBV) und der DS-GVO ist es zwingend vorgeschrieben, dass Ihr überweisender Arzt bzw. weitere behandelnde Ärzte nur noch dann einen Arztbericht über Ihre Untersuchungsbefunde und Behandlungsvorschläge bekommen dürfen, wenn Sie hierin schriftlich eingewilligt haben. Darüber hinaus ist uns auch die Anforderung Ihrer Behandlungsdaten und Befunde nur dann möglich, wenn Sie uns hierfür eine schriftliche Einwilligung erteilt haben. Aus diesem Anlass bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen.

Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten

Ich willige hiermit ein, dass durch die Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck die mich betreffenden und in der Gemeinschaftspraxis erhobenen Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt, andere mich behandelnde Ärzte und andere Leistungserbringer zum Zwecke der Dokumentation, Weiterbehandlung und Diagnostik übermittelt werden.

□ **JA** ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde ein

□ **NEIN** ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde **nicht** ein.

Einwilligung zur Anforderung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde

Ich willige hiermit ein, dass durch die Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck bei meinem Hausarzt, bei anderen mich behandelnden Ärzten und anderen Leistungserbringer die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann.

□ **JA** ich willige in die Anforderung meiner Behandlungsdaten und Befunde ein.

□ **NEIN** ich willige in die Anforderung meiner Behandlungsdaten und Befunde **nicht** ein.

Mir ist bekannt, dass ich vorliegende, freiwillig von mir abgegebene Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck widerrufen kann.

Bitte wenden ⟶

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung (Re-Call-System) ausschließlich für endoskopische Kontrolltermine

Hiermit willige ich ein, dass mich die Praxis mittels

via E-Mail: _____

Kontaktieren kann, um mich an den endoskopischen Kontrolltermin zu erinnern.

Wir bitten Sie, uns umgehend mitzuteilen, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern. Nur so können wir sicherstellen, dass die Mitteilungen an den richtigen Empfänger versendet werden.
Wir weisen darüber hinaus darauf hin, dass der Benachrichtigungsweg (E-Mail) unverschlüsselt ist und damit unter Umständen von Unberechtigten dritten mitgelesen werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Vollmacht gegenüber anderen Personen

Folgende Personen dürfen mit meinem Einverständnis Rezepte, Überweisungen, Einweisungen oder Arztbriefe abholen und auch Auskunft bezüglich meiner Daten erhalten!

Bitte vollständigen Namen und Geburtsdatum der Personen leserlich notieren!!!!

_____

_____

Mir ist bekannt, dass ich vorliegende, freiwillig von mir abgegebene Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck widerrufen kann.

…….
Ort, Datum

…….
Unterschrift des Patienten

…….
Unterschrift des Sorgeberechtigten bei Minderjährigen unter 15 Jahren

Einverständniserklärung
über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

_____

Patientenname, -vorname, Geburtsdatum

Nürnberg, den _____

Datum Unterschrift

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Florian Seutter
Dr. med. Thomas Flüeck
Internisten – Gastroenterologie
Königstr. 72
90402 Nürnberg
Tel.: 0911 – 20 41 41
E-Mail: praxis@gastroenterologen-nuernberg.de