



- Innere Medizin
- Gastroenterologie
- Diabetologie
- Onkologie

Ambulanzzentrum · Friedenstr. 14 · 97421 Schweinfurt

Dr. med. Joachim Müller
· Internist · Gastroenterologe · Diabetologe

Dr. med. Steffi Appelt
· Internistin · Diabetologin

Dr. med. Rainer Brünner
· Internist

Dr. med. Claudia Goldbach
· Internistin · Gastroenterologin

Dr. med. Reinhard Koch
· Pädiater · Diabetologe

Dr. med. Philipp Reiser
· Internist · Gastroenterologe

Dr. med. Birgitt Seewaldt-Krauss
· Internistin

Dr. med. Annelise Spath-Neckel
· Internistin

Dr. med. Bruno Treutlein
· Internist

Einverständniserklärung

Pat.-Name :
Pat.-Nummer :
Geb.-Datum :

Dieser Fragebogen dient *Ihrer* Sicherheit; bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus. Bei Bedarf hilft Ihnen der Arzt bei Fragen, die Sie nicht beantworten können.

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt: am Herz? nein o ja o
 am Magen? nein o ja o
 am Darm? nein o ja o
 an der Lunge? nein o ja o

Haben Sie eine chronisch-infektiöse Krankheit?
(z.B.Hepatitis, HIV, Tuberkulose) nein o ja o

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen?
(z.B.Marcumar, Heparin-Spritzen, ASS/Aspirin/Godamed, Spalt) nein o ja o

Nehmen Sie Blutdruck-Medikamente oder „Antibabypille“? nein o ja o

Sind Sie insulin- oder tablettenpflichtiger Diabetiker? nein o ja o

Besteht bei Ihnen eine auffällige Blutungsneigung? nein o ja o

Besteht in der Blutsverwandtschaft ein erbliches Blutungsübel? nein o ja o

Besteht eine Allergie: gegen Medikamente? nein o ja o

 gegen Kontrastmittel? nein o ja o

 gegen Pflaster? nein o ja o

 gegen sonstiges? nein o ja o

Besteht ein Herzfehler oder eine Herzklappenerkrankung? nein o ja o

Besteht eine sonstige Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankung? nein o ja o

Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine Gelenkendoprothese oder sonstige künstliche Implantate? nein o ja o

Haben Sie andere chronische Erkrankungen (z.B. Grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein o ja o

Haben Sie lockere Zähne oder Zahnersatz? nein o ja o

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? nein o ja o

Wurden Sie schon früher endoskopiert? nein o ja o

Wurde damals eine Erkrankung festgestellt? nein o ja o

Gab es Komplikationen, Beschwerden oder Abbruch? nein o ja o

Friedenstraße 14 · 97421 Schweinfurt · Telefon 0 97 21 / 70 15-0

Telefax 0 97 21 / 70 15-25 · eMail info@Ambulanzzentrum.de · Internet www.Ambulanzzentrum.de

Den Informationsteil Gastroskopie / Coloskopie habe ich erhalten und gelesen. Die enthaltenen Hinweise werde ich beachten. Zur Nachsorge erhalte ich falls nötig ein Merkblatt.
 Im Aufklärungsgespräch mit Herrn **Dr. Müller / Dr. Appelt / Dr. Brünner / Dr. Goldbach / Dr. Koch / Dr. Reiser / Dr. Seewaldt-Krauss / Dr. Spath-Neckel / Dr. Treutlein** wurden Ziel der Untersuchung, Wahl des Verfahrens, Alternativen, mögliche Komplikationen und risikoerhöhende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe besprochen:

ASA Klasse:

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich brauche keine zusätzliche Überlegungsfrist. Über mögliche gesundheitliche Risiken und Nachteile wurde ich informiert. Nach ausreichender Überlegung willige ich ein in die

Magenspiegelung einschließlich einer eventuellen Entnahme von Gewebeproben	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Spiegelung des Mastdarms und unteren Dickdarms	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Spiegelung des gesamten Dickdarms einschließlich einer eventuellen Entnahme von Gewebeproben	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Polypenabtragung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Ich bin darüber informiert worden, dass die Fahrtüchtigkeit für 12 Stunden nach der Untersuchung nicht gegeben ist. Ich werde in dieser Zeit kein KFZ führen. Ich bin informiert über die Notwendigkeit einer Person, die mich ca. 2h nach der Untersuchung vor Ort, in der Endoskopieabteilung abholt und nach Hause begleitet, diese Person muss vom Personal gesehen und gesprochen werden.

Ich bin darüber informiert worden, dass mir bei Terminversäumnis ohne rechtzeitige Absage (mind. 3 Arbeitstage vorher) der Ausfall gemäß GOÄ privat in Rechnung gestellt wird. Bei Vorlage eines ärztlichen Attestes entfällt die Zahlungspflicht.

Datum _____

Unterschrift Patient/in bzw Sorgeberechtigte/r _____

Unterschrift des Arztes _____

Hiermit bestätige ich als Begleitperson/Taxifahrer/-in, dass der Pat. voll ansprechbar von mir abgeholt wurde.