

Der Patientin/dem Patienten
ausgehändigt am:

Dr. med. Gerhard Herold
Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Proktologie

Lindenstraße 1
89165 Dietenheim

Tel. (07347) 919494
Fax (07347) 919495

Patienten-Erklärung

Ich bin im Zusammenhang mit der bei mir bevorstehenden endoskopischen Untersuchung darüber informiert worden, dass die Möglichkeit besteht, vor / während der Untersuchung eine Beruhigungsspritze, ggfs. auch eine schmerzlindernde Spritze zu erhalten, wodurch die Untersuchung im Einzelfall wesentlich angenehmer sein kann. Ich bin mit diesem Schreiben darüber informiert worden, dass in diesem Falle mindestens für den verbleibenden Tag, in der Regel bis zum darauffolgenden Morgen eine Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit und insbesondere der Verkehrstüchtigkeit vorliegt. Deshalb kann ich nicht selber Autofahren und werde mich durch unten genannten Angehörigen abholen lassen, der sich dann auch danach noch einige Stunden um mich kümmern kann.

Den Patienten-Fragebogen, der einer Risikoabschätzung dient, habe ich nach bestem Gewissen beantwortet. Ich habe ebenfalls zur Kenntnis genommen, dass bei bestimmten Eingriffen (z.B. Polypenentfernung), ein zwar sehr geringes, aber grundsätzliches Risiko einer Verletzung der Darmwand und / oder einer Nachblutung besteht.

Ich verspreche deshalb, dass ich mich bei unklaren gesundheitlichen Situationen, eventuell neu auftretenden oder anhaltenden Bauchschmerzen, oder massivem Blutabgang, die möglicherweise auch erst Stunden oder Tage später auftreten, sofort mit meinem Hausarzt, mit der Praxis Dr. Herold, oder mit der Chirurgie- (Innere-) Abteilung des mir nächstgelegenen Krankenhauses (z.B. Stiftungsklinik Weißenhorn (07309) 8700, KH Laupheim (07392) 7070 oder Illertalklinik (07303) 1770) in Verbindung setzen werde. Die Telefonnummern sind mir bekannt. Ich bin auch mit einer an den Eingriff anschließenden stationären Überwachung einverstanden, falls Herr Dr. Herold, oder sein Vertreter, dies aufgrund des Verlaufs des Eingriffs für notwendig erachtet.

Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass die für eine Darmspiegelung notwendigen Abführmaßnahmen, vor allem die „Darmspülung“, die Wirkung von Medikamenten abschwächen oder ausschalten können. Insbesondere sind davon Kontrazeptiva ("Anti-Baby-Pille") und Hochdruckmittel möglicherweise betroffen. Falls notwendig, sollten Medikamente erst nach Beendigung der Darmspülung eingenommen werden.

Patient:
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Angehörige(r):

r Ehepartner	r Bruder	r Schwester
r Sohn	r Tochter	r Vater
r Mutter	r Freund/Freundin	r Sonstiger Verwandter

Tel. Angehörige(r):

Datum:

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Angehörige(r)