

GastroPraxis Enge  
Dr. med. Klaus Wehr  
Lavaterstrasse 40

8002 Zürich

Sehr geehrte Patientin  
Sehr geehrter Patient

Anbei erhalten Sie wichtige Unterlagen für Ihre geplante Dickdarmspiegelung in unserer Praxis.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, alle Unterlagen sorgfältig durchzulesen, die Formulare auszufüllen und zu unterschreiben. Bringen Sie bitte die Unterlagen und Ihre Krankenkassenkarte am Untersuchungstag mit.

#### **Wichtige Hinweise zur Untersuchung**

Nach einer Untersuchung mit Sedation (Schlafmittel) dürfen Sie **kein Fahrzeug** (Auto, Roller, Velo) führen. Wir empfehlen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen oder sich von einer Begleitperson abholen zu lassen.

Unsere Praxis befindet sich in der Kernzone Zürich-Stadt. Bitte beachten Sie, dass **keine Patientenparkplätze** zur Verfügung stehen.

#### **Termin und Absagebedingungen**

Ihr Termin ist verbindlich für Sie reserviert. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte so früh wie möglich, idealerweise **48 Stunden vor einer Dickdarmspiegelung**. So ist es uns möglich den Termin an andere Patientinnen und Patienten weiterzugeben.

Kurzfristige Absagen oder Nichterscheinen können mit einer Ausfallgebühr verrechnet werden.

Bitte beachten Sie: Unsere Praxis ist am Wochenende geschlossen. Absagen, die uns am Wochenende erreichen, gelten als am Montag eingegangen.

Telefonische Erreichbarkeit: Montag – Freitag: 08:00–11:00 Uhr und 14:00–16:00 Uhr

☎ 044 – 201 15 55

✉ [gastropraxis.enge@hin.ch](mailto:gastropraxis.enge@hin.ch)

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Rücksichtnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Für Ihre geplante Dickdarmspiegelung (Koloskopie) erhalten Sie folgende Unterlagen:

1. ein Informationsblatt
2. ein Anmeldeformular
3. eine Medikamentenliste
4. einen Fragebogen
5. eine Einverständniserklärung  
und eine separate Anleitung zur Vorbereitung der Darmreinigung.

### 1. Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie hilfreiche Hinweise zum Ablauf der Untersuchung sowie zu deren Zielen und möglichen Risiken. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um dieses aufmerksam durchzulesen.

Wenn Sie Fragen zur Notwendigkeit oder Dringlichkeit der Untersuchung, zu möglichen Alternativen oder zu eventuellen Risiken haben, wenden Sie sich gerne an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. In den meisten Fällen kann die Ärztin oder der Arzt, die/der Sie zur Untersuchung angemeldet hat, Ihre Fragen beantworten.

Sollten darüber hinaus noch spezielle Fragen zur technischen Durchführung oder zu besonderen medizinischen Aspekten bestehen, steht Ihnen auch der durchführende Gastroenterologe gerne zur Verfügung. Wenn Sie ein solches Gespräch wünschen, bitten wir Sie, sich frühzeitig bei uns oder bei Ihrer zuweisenden Ärztin bzw. Ihrem zuweisenden Arzt zu melden.

### 2. Das Anmeldeformular

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig und deutlich lesbar in Druckbuchstaben, aus. Vergessen Sie bitte nicht Ihre aktuellen Krankenkassendaten einzutragen und Ihre Versicherungskarte mitzunehmen.

### 3. Die Medikamentenliste

Falls Sie eine eigene Medikamentenliste haben, bitte diese mitzunehmen. Ansonsten bitte beigefügte Medikamentenliste ausfüllen und mitbringen.

#### Wichtig:

- ⇒ Falls Sie Medikamente **zur Blutverdünnung** einnehmen (**z. B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Eliquis oder Clopidogrel**), sprechen Sie bitte spätestens **1 Woche vor** der Untersuchung mit Ihrer Hausärztin/ Ihrem Hausarzt oder Kardiologen darüber, ob und wann diese Medikamente eventuell pausiert werden sollten. Sollten Sie **Aspirin 100** als alleinige Blutverdünnung nehmen, können Sie dies wie gewohnt weiterführen.
- ⇒ Die Einnahme von **Eisenpräparaten** muss **5 Tage vor** der Untersuchung gestoppt werden.
- ⇒ Wenn Sie **Insulin** spritzen, sprechen Sie bitte mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt über die weitere Einnahme vor der Untersuchung.
- ⇒ Bitte beachten Sie, dass durch die Abführmassnahmen der Schutz von **Kontrazeptiva** (Pille) nicht mehr gewährleistet sein kann.

### 4. Der Fragebogen:

Bitte nehmen Sie sich Zeit, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, mögliche Blutungsneigungen, Allergien, Unverträglichkeiten und Ihre Medikamenteneinnahme richtig einzuschätzen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, ihn einen Tag vor dem Termin zu datieren und zu unterschreiben. Wenn Sie beim Ausfüllen unsicher sind oder Fragen haben, können Sie sich gerne an Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder an uns wenden – wir unterstützen Sie gerne.

### 5. Die Einverständniserklärung:

Bitte lesen Sie auch die beiliegende Einverständniserklärung sorgfältig durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Tag vor der Untersuchung.

Das Informationsblatt ist für Sie bestimmt und bleibt in Ihrem Besitz.

Der Fragebogen sowie die Einverständniserklärung werden von uns in Ihrer Krankenakte aufbewahrt.

## Informationsblatt zur Dickdarmspiegelung (Koloskopie)

Beachten Sie, dass die Vorbereitung zur Dickdarmspiegelung **3-5 Tage vor Ihrem Untersuchungstermin beginnen.**

### Weshalb eine Dickdarmspiegelung?

Bei der Dickdarmspiegelung werden der gesamte Dickdarm, die letzten Abschnitte des Dünndarms sowie der Enddarm inklusive des Afters untersucht. Mit dieser Untersuchung lassen sich Erkrankungen dieser Organe erkennen, teilweise direkt behandeln oder der Verlauf bekannter Erkrankungen kontrollieren.

### Vorbereitung auf die Untersuchung

Für die Dickdarmspiegelung ist eine gründliche Reinigung des Darms erforderlich (siehe separate Anweisungen). Bitte halten Sie sich genau an die Empfehlungen zur Darmreinigung.

### Fahrtüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit

In der Regel erhalten Sie für die Untersuchung Schlafmedikamente. Nach deren Verabreichung sind Sie nicht fahrtüchtig und sollten nicht selbst mit dem Auto kommen. Bitte benutzen Sie die ÖV oder organisieren Sie eine Begleitperson (oder Abholperson).

Für 12 Stunden nach der Untersuchung dürfen Sie keine Maschinen bedienen und keine rechtsverbindlichen Entscheidungen treffen (z.B. Verträge unterschreiben).

### Ablauf der Dickdarmspiegelung

- ⇒ Zunächst wird eine Infusion am Arm gelegt, um die Schlafmedikamente zu verabreichen.
- ⇒ Die Untersuchung erfolgt mit einem dünnen, flexiblen Schlauch (Endoskop), an dessen Spitze Licht und Kamera angebracht sind. Damit kann der Arzt die Darmschleimhaut einsehen und nach krankhaften Veränderungen suchen.
- ⇒ Werden Veränderungen gefunden, können Gewebeproben (Biopsien) entnommen und mikroskopisch untersucht werden.
- ⇒ Polypen (Schleimhautwucherungen, die sich über Jahre zu Krebs entwickeln) werden nach Möglichkeit entfernt. Trotz größter Sorgfalt werden etwa 5–10 % kleinster Polypen möglicherweise nicht entdeckt.

- ⇒ Blutungen können während der Untersuchung behandelt werden, z.B. durch Unterspritzen mit verdünntem Adrenalin oder Setzen von Clips.
- ⇒ Damit der Darm gut einsehbar ist, wird er während der Untersuchung leicht aufgeblasen. Gelegentlich wird von außen auf den Bauch gedrückt, um das Endoskop weiterzuführen. Neben dem Arzt ist während der Untersuchung auch eine speziell geschulte Pflegefachkraft anwesend.

### Schmerzen während der Untersuchung

Die Untersuchung kann zeitweise unangenehm sein. Deshalb wird sie unter Schlafnarkose durchgeführt, sodass sie für Sie völlig schmerzfrei verläuft.

### Mögliche Risiken

Die Untersuchung, Entnahme von Gewebeproben und Polypenentfernung sind risikoarm, können aber in seltenen Fällen Komplikationen verursachen: Blutungen: 0,5–3 % der Fälle, meist sofort während der Polypenentfernung und direkt behandelbar; selten verzögerte Blutungen innerhalb einer Woche. Perforationen (Durchbruch der Darmwand): sehr selten (0,3–0,5 %), mit evtl. notwendiger Operation. Nach Schlafmedikamenten können selten Atem- oder Herzprobleme auftreten.

### Verhalten nach der Untersuchung

Nach der Untersuchung werden Sie überwacht, bis die Wirkung der Schlafmedikamente nachlässt. In den Stunden danach kann es zu Druckgefühl im Bauch durch Luft im Darm kommen. Wenn die Beschwerden zunehmen oder neue Bauchschmerzen, Blutungen aus dem After oder Fieber auftreten, informieren Sie uns sofort oder wenden sich an die nächste Notfallstation.

### Fragen zur Untersuchung

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt. Bei Unklarheiten können Sie sich jederzeit an uns wenden.

## Anmeldeformular für Patient:innen

Bitte GUT LESBAR ausfüllen und gegebenenfalls korrigieren

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ/ Ort:
Geburtsdatum:	Tel/ Mobile:
	E-Mail*:
Versicherung:	
Vers.-Nr:	Hausarzt/ärztin erhält Bericht:
Karten-Nr.:	Zuweisung von erhält Bericht:
AHV-Nr:	<input type="checkbox"/> Selbständige Anmeldung

- Ich bin mit der elektronischen Übermittlung der Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)\*\* einverstanden.
- Ich bin mit der elektronischen Übermittlung der Rechnungskopien an mich einverstanden.

Die Arztrechnungen werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediData) an Patient:innen und Versicherer verschickt. Die elektronische Übermittlung an Patient:innen erfolgt unter Verwendung der E-Mail-Adresse und Mobilnummer. Die elektronisch übermittelten Patientendaten werden von MediData keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog E-Banking, sodass Daten unterwegs nicht eingesehen werden können.

- Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten fälligen Kontrolltermin. (Wenn nicht gewünscht, bitte durchstreichen).

- Ich wünsche eine Berichtskopie per E-Mail. Meine E-Mail Adresse habe ich überprüft und korrekt angegeben. Sofern keine gesicherte E-mail-Adresse vorliegt, bin ich auch mit einer unverschlüsselten Übermittlung einverstanden und mir der Risiken bewusst. Die geltenden Datenschutzbestimmungen sind mir bekannt\*.

Mit meiner Unterschrift erteile ich dem/der Arzt/Ärztin die Erlaubnis:

- die für die Versicherungsdeckung, Kostengutsprachen sowie Rechnungsstellung erforderlichen Daten beim Krankenversicherer (u.a. mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren) abzufragen;
- die für die Rechnungsstellung und ggfs für das Inkasso erforderlichen Daten an die damit befassten Instanzen weiterzuleiten;
- medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, medizinische Ergebnisse und Daten dem nachbehandelnden Arzt/Ärztin sowie an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, Pathologieinstitute) zuzusenden.

Ich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) erkläre mit der Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt/ die Ärztin meine Rechnungen elektronisch via dem MediData-Netz an den Versicherer und – bei entsprechender Einwilligung – elektronisch an mich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) übermittelt.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Die Bearbeitung Ihrer Personendaten richtet sich nach der aktuellen Datenschutzerklärung der Ärztin/des Arztes vom 01.09.2023 Diese kann in der Praxis eingesehen und bezogen werden.

\*\*Tiers payant: Arztrechnung direkt an Ihre Versicherung: Als Patient:in bezahlen Sie die Arztrechnung nicht selber. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin schickt die Arztrechnung direkt an Ihre Krankenversicherung. Der Krankenversicherer überweist dem Arzt oder der Ärztin den geforderten Betrag und sendet Ihnen eine Rechnung über Ihren Kostenanteil (Franchise, Selbstbehalt, nicht gedeckte Kosten). Sie haben Anspruch auf eine Rechnungskopie.

Bitte ausfüllen

Vorname, Name:

Termin am:

## Medikamentenliste

Wenn Sie Medikamente einnehmen, bitte in die Liste eintragen und zum Termin mitbringen.

Wenn Sie bereits eine eigene Medikamentenliste haben, können Sie Ihre eigene Liste mitbringen.  
 Sie brauchen dann unsere Medikamentenliste nicht auszufüllen.

Name Medikament	Dosierung	Einnahme				Notiz
		Morgen	Mittag	Abend	Nacht	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vielen Dank.

Bitte ausfüllen

Vorname, Name:

Termin am:

## Fragebogen und Einverständniserklärung zur Dickdarmspiegelung

<b>Blutungsneigung:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Haben Sie starkes Nasenbluten oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie längere oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahnbehandlung? oder nach Operationen (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tanten) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Medikamente, Allergien, Begleiterkrankungen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B.: Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Eliquis) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel etc. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie eine Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Medikamente, örtliche Betäubungsmittel, Latex, Heftpflaster)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie Diabetiker/in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Einverständnis</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.		
1. Ich habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen. Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) der <b>Dickdarmspiegelung</b> aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Dickdarmspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin mit der Durchführung der <b>Dickdarmspiegelung</b> einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin mit der Verabreichung von <b>Schlaf- und/ oder Schmerzmedikamenten</b> zur Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, **Unterschrift**

AGruss

Für Patienten, die nicht selbst Ihr Einverständnis geben können,  
bitte Unterschrift des Vertreters oder Bevollmächtigten