

GastroPraxis Enge – Lavaterstrasse 40 – CH - 8002 Zürich

GastroPraxis Enge
Lavaterstrasse 40
8002 Zürich

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Anbei erhalten Sie wichtige Unterlagen für Ihre geplante **Magenspiegelung**.

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 mindestens **24 Stunden vor einer Magenspiegelung**. 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

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Rücksichtnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Aufklärung zur Magenspiegelung (Gastroskopie)

Für Ihre geplante Magenspiegelung (Gastroskopie) erhalten Sie folgende Unterlagen:

1. ein Informationsblatt
2. einen Fragebogen
3. eine Einverständniserklärung
4. eine Medikamentenliste
5. ein Anmeldeformular

1. Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie hilfreiche Hinweise zum Ablauf der Untersuchung sowie zu deren Zielen und möglichen Risiken. Bitte nehmen Sie sich einen Moment 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. Der Fragebogen:

Bitte nehmen Sie sich kurz 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.

3. 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.

4. Die Medikamentenliste

Falls Sie eine eigene Medikamentenliste haben, bitte diese mitnehmen. 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 Ärztin oder Ihrem Arzt darüber, ob und wann diese Medikamente eventuell pausiert werden sollten.

Falls Sie **Magenschutztabletten/ Säureblocker** (wie z.B. **Pantoprazol, Omeprazol, Esomeprazol**, etc.) einnehmen, bitte – wenn möglich – **14 Tage** vor der Untersuchung absetzen oder sich mit uns in Verbindung setzen. Bei Auftreten von Beschwerden können Sie **Gaviscon, Alucol, Rennie** oder **Riopan** nutzen.

5. Das Anmeldeformular

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

Informationsblatt zur Magenspiegelung (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

Weshalb erfolgt eine Magenspiegelung?

Bei der Magenspiegelung wird die Speiseröhre, der Magen und der Zwölffingerdarm untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen (z.B. Entzündungen, Geschwüre, Krampfadern, Polypen oder Tumore) und teilweise auch behandeln, oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kontrollieren.

Welche Vorbereitungen muss ich beachten?

Damit die Untersuchung sicher und gut durchgeführt werden kann, muss der Magen leer und frei von Speiseresten sein. Bitte beachten Sie:

- **12 Stunden** vorher: keine feste Nahrung mehr essen.
- **Bis 2 Stunden vorher:** klare, fettfreie Getränke trinken, z.B. Wasser oder Tee. Keine Milch, kein Kaffee!
- **Medikamente:** Nehmen Sie Ihre üblichen Medikamente nur, wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin sie ausdrücklich auf die Einnahme hinweist.
- **Insulin:** Wenn Sie Insulin spritzen, sprechen Sie vorher mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt über die richtige Dosierung am Untersuchungstag.

Wichtiger Hinweis:

Wenn Sie Abnehm-Präparate einnehmen wie: **Ozempic, Rybelsus, Saxenda, Victoza, Wegovy, Xultophy**, bitte am Tag vor der Untersuchung **nur bis 14:00 Uhr** leichte Mahlzeiten essen. Das Trinken ist **bis 2 Stunden** vor der Untersuchung weiterhin erlaubt (s.o.)

Diese Medikamente bewirken, dass die Nahrung länger im Magen verbleibt. Dies kann die Untersuchung stören, sodass eine Magenspiegelung unter Umständen NICHT durchgeführt werden kann.

Fahrtüchtigkeit/Arbeitsunfähigkeit?

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)

Wie läuft die Magenspiegelung ab?

- ⇒ Zur Gabe des Schlafmittels wird üblicherweise ein venöser Zugang am Arm gelegt. Wenn Sie es wünschen, kann auf das Schlafmittel verzichtet werden und stattdessen nur eine örtliche

Betäubung des Rachens mittels Spray erfolgen. Der venöse Zugang wird in jedem Fall zusätzlich angelegt.

- ⇒ Die Untersuchung erfolgt mit einem dünnen, beweglichen „Schlauch“ (Endoskop), an dessen Spitze eine Lichtquelle und eine Kamera angebracht sind. So kann der Arzt die Schleimhaut der genannten Organe genau betrachten und nach krankhaften Veränderungen suchen.
- ⇒ Neben der reinen Inspektion können bei Bedarf Gewebeproben entnommen oder kleinere Eingriffe durchgeführt werden, z.B. Blutstillung oder Entfernung von Gewebe.
- ⇒ Die Untersuchung und die zusätzlichen Eingriffe verursachen keine Schmerzen.
- ⇒ Während der gesamten Untersuchung sind sowohl der Arzt als auch eine speziell geschulte Pflegefachperson durchgehend anwesend.

Welche Risiken sind mit der Magenspiegelung verbunden?

Komplikationen bei einer Magenspiegelung sind **extrem selten** (0,2‰). Es kann aber trotz grösster Sorgfalt zu Komplikationen kommen. Zu erwähnen sind allergische Reaktionen, mögliche Zahnschäden bei schon vorbestehenden defekten Zähnen, Infektion, Blutung, Verletzung der Wand des oberen Verdauungstraktes (Perforation) und Verletzung des Kehlkopfes. Nach Gabe von Schlafmedikamenten kann es in seltenen Fällen zu Beeinträchtigung der Atem- und Herzfunktion kommen. Vorübergehend können leichte Heiserkeit, Schluckbeschwerden oder unangenehme Blähungen (durch verbleibende Luft im Magen und Dünndarm) nach der Magenspiegelung auftreten.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Nach der Untersuchung werden Sie überwacht, bis die Wirkung der Schlafmedikation nachlässt.

Treten nach der Magenspiegelung Bauchschmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) oder tritt Blut aus dem After aus (meist in Form von dünnflüssigem, schwarzen Stuhl) informieren Sie unverzüglich uns oder gehen sie auf eine Notfallstation.

Fragen zur Untersuchung?

Bei weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren Hausarzt. Bei Unklarheiten können Sie sich 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.

Fragebogen und Einverständniserklärung zur Magenspiegelung

Blutungsneigung:	Ja	Nein
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"/>

Medikamente, Allergien, Begleiterkrankungen:	Ja	Nein
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"/>

Einverständnis	Ja	Nein
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 Magenspiegelung 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 Magenspiegelung einverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/ oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, **Unterschrift**

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

Unterschrift Arzt