

Bitte ausfüllen

Vorname, Name:

Termin am:

Fragebogen und Einverständniserklärung zur Dickdarmspiegelung

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 Dickdarmspiegelung 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 Dickdarmspiegelung 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**

AGruss

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

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.