

Aufklärung zur Dickdarmspiegelung (Koloskopie)

Sehr geehrte/r Patient/in

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

1. Ein Informationsblatt
2. Ein Anmeldeformular
3. Einen Fragebogen mit der Einverständniserklärung
4. Eine Medikamentenliste
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 Versichertenkarte mitzubringen.

3. Der Fragebogen und die Einverständniserklärung:

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.

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

4. Die Medikamentenliste

Falls Sie eine eigene Medikamentenliste haben, gerne 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, Lixiana oder Clopidogrel**), sprechen Sie bitte spätestens **1 Woche vor** der Untersuchung mit Ihrer Hausärztin/ Ihrem Hausarzt oder Kardiologen darüber, ob und wann diese Medikamente pausiert werden können. Sollten Sie **Aspirin 100** als alleinige Blutverdünnung nehmen, können Sie dies wie gewohnt weiterführen. Bei **Plavix, Lixiana** und **Eliquis** reicht eine Pause von **24 Stunden**.
- ⇒ 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) möglicherweise nicht mehr gewährleistet sein kann.

Informationsblatt zur Dickdarmspiegelung (Koloskopie)

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

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 diese Vorgaben, da ein sauberer Darm die Untersuchung erst möglich macht.

Fahrtüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit:

In der Regel erhalten Sie für die Untersuchung ein Schlafmedikament. Für **12 Stunden** nach dem Medikament dürfen Sie keine Maschinen bedienen, **kein Auto fahren** und keine rechtsverbindlichen Entscheidungen treffen (z. B. Verträge unterschreiben).

Bitte benutzen Sie die ÖV oder organisieren Sie eine Abholperson.

Ablauf der Dickdarmspiegelung:

- ⇒ Zunächst wird ein venöser Zugang am Arm gelegt, um das Schlafmedikament 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 Polypentfernung sind risikoarm, können aber in seltenen Fällen Komplikationen verursachen: Blutungen: 0,5–3 % der Fälle, meist sofort während der Polypentfernung 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 des Schlafmedikamentes 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 Sie sich an die nächste Notfallstation.

Fragen zur Untersuchung?

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

Anmeldeformular für Patient:innen

Bitte GUT LESBAR ausfüllen und gegebenenfalls korrigieren

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Strasse:	
PLZ/ Ort:	
Tel/ Mobile:	
E-Mail*:	

Versicherung:	
Vers.-Nr:	
Karten-Nr.:	
AHV-Nr:	

Hausarzt/ärztin (erhält Bericht):	
Zuweisung von (erhält Bericht):	
<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 berechtigte 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.

Name, Vorname:

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, Elixquis) 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 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"/>

Einverständniserklärung

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"/> |
| 4. Ich bestätige, darüber informiert worden zu sein, dass ich nach Verabreichung einer Schlafnarkose für einen Zeitraum von 12 Stunden nicht fahrtüchtig bin und in dieser Zeit weder ein Kraftfahrzeug führen noch Maschinen bedienen darf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum, **Unterschrift**

Falls kein eigenes Einverständnis geben werden kann, bitte
Unterschrift des Vertreters/ Bevollmächtigten

Unterschrift Arzt

Name, Vorname: _____

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.