

Dr. med. Peter Martin Klassen
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin

Dr. med. Thomas Klassen
Facharzt für Allgemeinmedizin
Reise- und Touristikmedizin

Weberstr. 100
53113 Bonn
Tel: 0228/ 20171-0
Fax: 0228/ 20171-22
Email: klassen@bonn-internist.de
Internet: www.bonn-internist.de



Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago- Gastro- Duodenoskopie, ÖGD)

Patient: **Geburtsdatum:** **U.- Nr.:**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Spiegelung des Magens (einschließlich Speiseröhre) und des Zwölffingerdarms (Ösophago- Gastro- Duodenoskopie) ist eine der häufigsten und wichtigsten Methoden, um Erkrankungen im oberen Verdauungstrakt abzuklären.

Mit einem dünnen, biegsamen optischen Instrument (Endoskop) wird der obere Verdauungstrakt gründlich besichtigt. Spezielles Zubehör (z. B. Biopsiezange) ermöglicht es, kleine Gewebeproben schmerzlos für eine mikroskopische Untersuchung zu entnehmen. Die Spiegelung ist in aller Regel nicht schmerzhaft, es können jedoch unangenehme Empfindungen auftreten, insbesondere Würgereiz. Wenn sie es wünschen, wird Ihnen ein Beruhigungsmittel gespritzt; der Rachen kann örtlich betäubt werden. Das Endoskop wird über Mund und Rachen in die Speiseröhre eingeführt und unter Sicht in den Magen und den Zwölffingerdarm weitergeschoben. Um die Sicht zu verbessern, wird der Magen mit Luft aufgedehnt.

Die Spiegelung dauert in der Regel nicht länger als 5 Minuten. Lebenswichtige Funktionen werden durch Kontrolle von Puls und Sauerstoffsättigung überwacht.

Welche Komplikationen können auftreten?

Die Spiegelung wird jedes Jahr millionenfach durchgeführt; sie ist im Allgemeinen risikoarm. Da der Arzt unter Sicht arbeitet, sind Verletzungen und ein Durchstoßen (Perforation) der Wand von Speiseröhre, Magen oder Zwölffingerdarm mit dem Endoskop, selbst bei krankhaften Veränderungen extrem selten. Behandlungsmaßnahmen, unter Umständen auch eine Operation, können bei solchen Verletzungen erforderlich werden.

Herz- Kreislaufreaktionen sowie schwerwiegende Unverträglichkeitserscheinungen auf das Beruhigungsmittel oder die Rachenbetäubung und andere lebensbedrohende Komplikationen, z. B. Blutvergiftung (Sepsis) infolge einer Infektion, sind sehr unwahrscheinlich. Bei erhöhter Blutungsneigung können nach Gewebsentnahmen gelegentlich stärkere Blutungen auftreten.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie gerinnungshemmende Medikamente wie z. B. ASPIRIN oder MARCUMAR einnehmen!

Sehr selten ist eine Zahnschädigung durch das Instrument oder den Beißring. Auch evtl. Vorbehandlungen und begleitende Maßnahmen (z. B. Injektionen) sind nicht frei von Risiken. Bitte fragen Sie uns, wenn Sie dazu weitere Informationen wünschen.

Um die Risiken möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen genau zu beantworten:

Besteht eine vermehrte Blutungsneigung, selbst nach kleinen Verletzungen oder nach dem Zahnziehen?

Nein..... Ja.....

Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder eine Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel oder örtliche Betäubungsmittel ?

Nein..... Ja.....

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Nein..... Ja.....

Wenn ja, an welcher?

Bitte unbedingt beachten!!!

Zur Magenspiegelung nüchtern kommen!!, d. h. Sie dürfen mindestens **12 Stunden** vorher nichts mehr essen und **6 Stunden** nichts trinken.

Soll ein Beruhigungsmittel verabreicht werden, so sorgen Sie bitte dafür, dass Sie abgeholt werden. Außerdem dürfen Sie wegen den Nachwirkungen frühestens nach **24 Stunden** wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an laufenden Maschinen arbeiten oder Alkohol trinken. Sie sollten in dieser Zeit auch keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Sie haben unmittelbar vor der Untersuchung die Gelegenheit, mit Dr. P. M. Klassen über die Untersuchung und Ihr Anliegen zu sprechen.

Erklärung über die Einwilligung

Nach gründlicher Überlegung willige ich ein in die Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm, einschließlich einer eventuellen Entnahme von Gewebeproben. Mit einer Schmerzbetäubung, mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Arztes
.....

Falls Sie mit bestimmten begleitenden Maßnahmen nicht einverstanden sind:

.....
(bitte bezeichnen)

Ich **willige** in die vorgeschlagene Spiegelung **nicht ein**.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren könne.

Datum	Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Arztes
.....

Bitte dieses Blatt zur Untersuchung mitbringen!!!