



Dr. med. Michael R. Mroß  
& Kollegen

10787 Berlin, Ansbacher Straße 13  
Telefon: +49 30 210057200  
Fax: +49 30 21005721  
E-Mail: info@dr-mross.de



## Aufklärungsbogen für eine Darmspiegelung (Ileokoloskopie)

Die Dickdarmspiegelung stellt heute den Goldstandard in der Beurteilung des Dickdarmes dar. So können Tumore erkannt und deren Vorstufen, sogenannte Polypen, gleich entfernt werden. Durch Entnahme von Gewebeproben ist es möglich, chronische Erkrankungen zu diagnostizieren oder auszuschließen.

Andere Methoden der Dickdarmuntersuchung (Computertomographie, Röntgen) sind dazu nicht in der Lage und mit erheblicher Strahlenbelastung verbunden. Die Kosten für die Kernspintomographie oder für die so genannte Darmkapsel werden derzeit von den Krankenkassen nicht übernommen, da ein Vorteil gegenüber der Darmspiegelung nicht erwiesen ist.

Allen Untersuchungen gemein ist die notwendige Vorbereitung in Form einer Darmreinigung. Sie erhalten von uns detaillierte Anweisungen, einen Diätplan und ein Medikament, das abführend wirkt. Dieses sollten Sie genau nach unserer Vorschrift einnehmen. Damit können Sie ganz wesentlich zum Erfolg der Untersuchung beitragen.

Die Darmspiegelung selbst stellt heute eine Routineuntersuchung dar. Es wird ein flexibles Instrument mit Lichtquelle, Arbeitskanal und Kamera vom Anus aus bis in den Blinddarm und gegebenenfalls bis in den Dünndarm unter Sicht vorgeschoben. Notwendig dafür ist das Einbringen von Luft oder medizinischem Kohlendioxid, damit sich der Darm entfaltet und ausreichend gut beurteilen lässt. Auf Wunsch können Sie kostenlos eine Beruhigungsspritze, eine sogenannte Sedierung, erhalten. Die Spiegelung selbst dauert zwischen 10 und 20 Minuten.

In seltenen Fällen treten ernste Komplikationen (Richtwerte sind hierbei 3 bis 8:10.000) bei der Darmspiegelung auf. So kann es durch Verschieben des Gerätes, durch Entnahme von Gewebeproben oder Entfernung von Polypen zu einem Einriss der Darmwand (Perforation), zu systemischen Infektionen, Blutungen oder Verletzung innerer Organe kommen, die gegebenenfalls einer sofortigen Operation bedürfen und lebensbedrohlich werden können.

Falls Sie sich für eine Sedierung entscheiden, kann die Gefahr eines Atem- und/oder Herz-Kreislaufstillstandes bestehen. Außerdem sind allergische Reaktionen mit lebensbedrohlichen Folgen möglich. Damit derartige Komplikationen nicht auftreten oder früh erkannt werden, wird Ihre Herz-Kreislauf-Funktion während der Untersuchung kontinuierlich apparativ überwacht. Teilen Sie uns bitte Ihre Vorerkrankungen, bekannte Allergien und mögliche Medikamenteneinnahmen mit. Nach der Sedierung dürfen Sie nur in Begleitung unsere Praxis verlassen. Es ist Ihnen dann 24 Stunden nicht erlaubt, aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen oder Maschinen zu bedienen.

Bei der Verabreichung von Spritzen und Infusionen können örtliche Gewebeschäden, Spritzenabszesse, Venenreizungen und -entzündungen sowie Nervenschädigungen auftreten.

Selbstverständlich sind wir als erfahrenes Team auf alle Arten von Komplikationen bestens vorbereitet und verfügen über die modernsten Methoden der Prophylaxe und Therapie von Komplikationen.

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit wir Ihr Komplikationsrisiko genau abschätzen und möglichen Komplikationen vorbeugen können.**

- Haben Sie eine Allergie oder eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten oder Nahrungsmitteln? ja  nein   
Wenn „Ja“, welche?: .....
- Haben Sie einen grünen Star (Glaukom)? ja  nein
- Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft vorliegen? ja  nein
- Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? ja  nein   
Wenn „Ja“, welche?: .....
- Besteht bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis oder HIV)? ja  nein   
Wenn „Ja“, welche?: .....
- Wurden Sie schon einmal operiert? ja  nein   
Wenn „Ja“, welche Operation?: .....
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein   
Wenn „Ja“, welche?: .....
- Bitte, fügen Sie gegebenenfalls einen Medikamentenplan bei.

Wenn Sie noch Fragen zu der vorgesehenen Untersuchung haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich für deren Beantwortung zur Verfügung.

**Einwilligungserklärung:**

Ich erkläre meine Einwilligung zu der Darmspiegelung (Ileokoloskopie) gegebenenfalls mit Entnahme von Gewebeproben und Polypabtragung, auch in Kenntnis der möglichen Komplikationen.

► Datum: ..... Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters .....

Ich wünsche eine Sedierung mit Propofol oder Midazolam im Rahmen der Darmspiegelung, auch in Kenntnis der möglichen Komplikationen.

► Datum: ..... Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters .....

Ich fühle mich über den geplanten Eingriff ausreichend aufgeklärt, konnte mehr als 24 Stunden über meine Einwilligung nachdenken und hatte die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch mit einem Arzt der Praxis.

► Datum: ..... Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters .....

Ich verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch mindestens 24 Stunden vor der Untersuchung.

► Datum: ..... Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters .....

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

► Datum: ..... Unterschrift des Arztes .....