



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 Magenspiegelung

(Ösophagogastroduodenoskopie)



Die Magenspiegelung stellt heute den Goldstandard in der Beurteilung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes dar. So können zum Beispiel Entzündungen und Tumore erkannt werden. Durch Entnahme von Gewebeproben ist es möglich, akute oder chronische Erkrankungen zu diagnostizieren oder auszuschließen.

Andere Methoden der Magenuntersuchung (Computertomographie, Röntgen) sind dazu nicht in der Lage oder mit erheblicher Strahlenbelastung verbunden.

Die Magenspiegelung selbst stellt heute eine Routineuntersuchung dar. Es wird ein flexibles Instrument mit Lichtquelle, Arbeitskanal und Kamera über den Mund bis in den Zwölffingerdarm unter Sicht vorgeschoben. Notwendig dafür ist das Einbringen von Luft oder medizinischem Kohlendioxid, damit sich die untersuchten Abschnitte entfalten und ausreichend gut beurteilen lassen. Auf Wunsch können Sie kostenlos eine Beruhigungsspritze, eine sogenannte Sedierung, erhalten. Die Spiegelung selbst dauert zwischen 5 und 10 Minuten.

In seltenen Fällen treten ernste Komplikationen (Richtwerte sind hierbei 1:10.000) bei der Magenspiegelung auf. So kann es durch Verschieben des Gerätes, durch Entnahme von Gewebeproben oder Entfernung von Polypen zu einem Einriss der Wand (Perforation), zu systemischen Infektionen, Blutungen oder Verletzung innerer Organe kommen, die gegebenenfalls einer sofortigen Operation bedürfen und lebensbedrohlich werden können.

Falls Sie zum Untersuchungszeitpunkt nicht nüchtern sein sollten, kann es zu einer Aspiration (Eindringen von Mageninhalt in die unteren Atemwege) kommen. Eine ausreichend lange Phase der Nahrungskarenz vor der Untersuchung hilft, dieses Risiko zu senken (siehe Vorbereitungsbogen).

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 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 Magenspiegelung (Ösophagogastroduodenoskopie) 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 Magenspiegelung, 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 _____