



Magenspiegelung **(Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)**

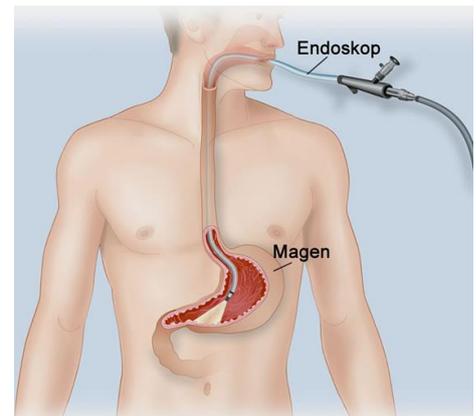
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen zur Abklärung Ihrer Beschwerden (z.B. Sodbrennen, Magenschmerzen) eine Magenspiegelung empfohlen und Sie deshalb zu uns überwiesen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens oder oberen Dünndarms zu erfassen. Diese Technik stellt heute die aussagekräftigste Möglichkeit dar, organische Veränderungen der genannten Organe zu erkennen und damit Ihre Beschwerden abzuklären.

Technik: Wir bitten Sie - mit unserer Hilfe-, einen ca. 1 cm dicken flexiblen Schlauch (Endoskop) zu schlucken. Dieser enthält eine Mikrokamera, die mit einer Lichtquelle verbunden ist. Dadurch können Speiseröhre, Magen und Dünndarm abgebildet, Bilder gewonnen und Videoaufnahmen angefertigt werden.

Mittels einer Zange können Proben entnommen werden, die es ermöglichen, Magenbakterien (*Helicobacter pylori*) aufzufinden oder Gewebsveränderungen mikroskopisch (durch den Pathologen) untersuchen zu lassen. Um die Schleimhaut gut beurteilen zu können, wird während der Untersuchung etwas Luft in den Magen geblasen.



Sie müssen für die Untersuchung nüchtern zum Termin erscheinen.

Die Untersuchung wird von **speziell ausgebildeten und erfahrenen Ärzten und medizinischen Fachangestellten** durchgeführt.

Das **Endoskop** wird vorher **gründlich in automatischen Reinigungs- und Desinfektionsmaschinen gereinigt**. Regelmäßige Hygienekontrollen finden bei uns statt.

Es ist nicht jedermanns Sache, ein Endoskop zu schlucken. Deshalb bieten wir Ihnen auf Wunsch eine **Kurznaarkose** (Propofol®) an, die das Bewusstsein ausschaltet. Während der Untersuchung erfolgt dann eine kontinuierliche Kreislauf- und Atmungskontrolle. Anschließend bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich auszuruhen und ggf. ein Getränk zu sich zu nehmen.

Wenn Sie eine solche „Spritze“ wünschen, können Sie in den nächsten 12 Stunden kein Fahrzeug führen.

Hierauf weisen wir Sie ausdrücklich hin! Bringen Sie ggf. bitte Angehörige oder Freunde mit, um Sie abzuholen.

!!! BITTE ACHTEN SIE AUF KÖRPERHYGIENE !!!!

Nahrungskarenz: Sie dürfen **6 Stunden** vor der Untersuchung keine Speise mehr aufnehmen. Das Trinken von kohlenstofffreiem Wasser ist 2 Stunden vorher noch erlaubt.
Bitte nehmen Sie notwendige Medikamente erst nach der Untersuchung ein.

Das **Untersuchungsergebnis** teilen wir Ihnen und Ihrem Hausarzt nach der Untersuchung sofort mit. Ein positiver Helicobacter-Befund und die Gewebeprobe werden nach Erhalt umgehend an den Hausarzt weitergeleitet.

Vorerkrankungen:

Bitte informieren Sie uns HEUTE über ernsthafte Erkrankungen, insbesondere Augenkrankheiten (grüner Star) Herzkrankheiten, Allergien, Blutgerinnungsstörungen, chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis B oder C bzw. HIV-Infektion, TBC u.a.) schon bei der Anmeldung zur Untersuchung. Bei einer künstl. Herzklappe sollten Sie am Tag der Untersuchung ein Antibiotikum nehmen, um Herzklappenentzündungen vorzubeugen.

Medikamente:

Bitte informieren Sie uns HEUTE über die von Ihnen eingenommenen Medikamente, insbesondere blutgerinnungshemmende Medikamente wie Aspirin/ASS, Heparin oder Marcumar

Komplikationen:

Im Allgemeinen verläuft die Untersuchung komplikationslos. Wir haben mittlerweile mehr als 60.000 Untersuchungen ohne „Nebenwirkungen“ durchgeführt. Dennoch kann es in unglücklichen Fällen zu Verletzungen der Zähne, des Rachens und der zu untersuchenden Organe kommen, oder stärkere Nachblutungen nach Probeentnahme auftreten (Risiko < 0.1%, nach Angaben der Fachliteratur). Werden solche Komplikationen nicht schnell genug erkannt, kann dies zu lebensbedrohlichen Folgen führen!

Sollten während der Untersuchung Polypen entfernt, Engstellungen aufgedehnt und Blutungen gestillt werden, erhöht sich das Komplikationsrisiko auf 1-2%. Wir werden dies dann vorher mit Ihnen im Detail besprechen.

Überwachung:

Sollten **nach** der Untersuchung bei Ihnen **ungewöhnliche** Beschwerden auftreten, wenden Sie sich umgehend an die Praxis! (02323 – 946220)

Ist diese schon geschlossen, erreichen Sie uns unter

Dr. Felten	02325 / 792501	oder	0172 / 2812807
Dr. Hinz	0201 / 2698262	oder	0171 / 2963600
Dr. Hüppe:	02323 / 22488	oder	0171 / 4648966
Dr. Mittrop			0175 / 8863438
Pd Dr. med. von der Ohe	0208 / 3018610	oder	0160 / 1171661
Dr. Wallner	0201 / 4309550	oder	0178 / 2089408

In **Notfällen** arbeiten wir bevorzugt mit folgenden Herner Kliniken zusammen:

- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. A. Leodolter) und Chirurgische Abteilung (Prof. Dr. med. M. Kemen) des **Ev. Krankenhauses Herne**, Wiescherstraße 24
- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. W. Hoffmann) und Chirurgische Abteilung (PD Dr. med. J. Kozianka) des **St. Anna Hospital**, Hospitalstr. 19
- Gastroenterologische Abteilung (Dr. med. J. Schweinfurth) und Chirurgische Abteilung (PD. Dr. med. J. Zieren) des **Marienhospitals, Uni-Klinik Herne**, Hölkeskampring 40

Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns bitte jederzeit an!

!!! Was noch wichtig ist: !!!

Bitte rauchen **Sie 6 Stunden vor der Untersuchung nicht!** Die Sauerstoffsättigung im Blut ist ansonsten reduziert und es kann zu Komplikationen mit der Narkose kommen.

Lassen Sie Ihre **Wertsachen (Geldbörse) zuhause** oder geben sie diese Ihren Angehörigen!

Für Brillenträger oder Pat. mit **herausnehmbaren Zahnersatz:**

Bitte bringen Sie ein **stabiles Brillenetui** bzw. **stabile Aufbewahrungsbox** zur Aufbewahrung Ihrer Brille bzw. Zahnersatzes während und nach der Untersuchung mit.

Die Praxis übernimmt keine Haftung bei Verlust!

Dr. med. Gisela Felten
Internistin –Gastroenterologin

Dr. med. Matthias Hinz
Internist – Gastroenterologe

PD Dr. med. Dr. med. Manfred von der Ohe
Internist – Gastroenterologe

Dr. med. Claudia Mittrop
Internistin – Gastroenterologin

Dr. med. Isabell Wallner
Internistin - Gastroenterologin

Hygiene in der Endoskopie

Verbraucherschutz für unsere Patienten

Die Durchführung von Magen- und Darmspiegelungen und ihre Qualität wird durch viele Faktoren beeinflusst: Neben der Erfahrung des Untersuchers in der Untersuchungstechnik und der Bewertung der Befunde ist eine gute Ausbildung der medizinischen Fachangestellten von großer Bedeutung. Die Untersuchung sollte so „angenehm“ wie möglich sein, d. h. es sollte eine „Kurznaarkose“ angeboten werden, die eine möglichst schmerz-freie Untersuchung garantiert.

Zuletzt – und das wissen die Patienten meist nicht – müssen die Endoskope (Spiegelungsgeräte) einwandfrei gesäubert sein, um eine Übertragung von Keimen von einen auf den anderen Patienten auszuschließen.

2001 berichtete die „Süddeutsche Zeitung“ und „Monitor“ über eine von Ärzten selbst durchgeführte Hygiene-Studie in süddeutschen Praxen und Krankenhäusern. In Einzelfällen fanden sich keimbesiedelte Endoskope. Eine Gefährdung von Patienten wurde als möglich angesehen. Diese Mängel wurden insbesondere in Praxen und Krankenhäusern aufgedeckt, die keine vollautomatischen Reinigungs- und Desinfektionsmaschinen („chemisch-thermische“ Reinigung) zur Verfügung hatten.

Unsere Praxis legt ständig großen Wert auf eine hygienisch einwandfreie Aufbereitung der Endoskope. Deshalb sind wir auf dem neuesten Stand:

Nach jeder Untersuchung werden unsere Spiegelungsgeräte zuerst manuell von Schleim, Schmutz und Blut mit Reinigungslösung und Bürsten gereinigt. Anschließend erfolgt die Reinigung, Spülung und Trocknung der Geräte in „chemisch-thermischen“ Reinigungs- und Desinfektionsmaschinen (ähnlich einer Spülmaschine im Haushalt).

Die Endoskope werden danach hängend in besonderen Endoskopieschränken gelagert.



Regelmäßig erfolgen Hygiene-Kontrollen von Hygiene-Instituten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung autorisiert sind. Diese Kontrollen bestätigten uns bisher immer, dass die Endoskope frei von krank machenden Keimen waren.

Um diesen hohen Hygiene-Standard zu gewährleisten, hat die Praxis seit 2001 über 250.000 € in neueste Reinigungs- und Desinfektionsmaschinen und weitere Endoskope investiert. Nicht alle gastroenterologische Praxen und Krankenhäuser in NRW verfügen über eine solche Endoskopieaufbereitung. Es darf betont werden: ein Honorar für diesen „Verbraucherschutz“ wird von gesetzlichen und privaten Krankenkassen nicht bezahlt!

Abschließend versichern wir Ihnen:

Wir bieten Ihnen bei Magen- und Darmspiegelungen nicht nur versierte gastroenterologische Untersucher und besonders geschulte medizinische Fachangestellte, sondern auch optimal gereinigte und desinfizierte Endoskope. Es ist unser Ziel, die Untersuchung mit bestmöglichen Voraussetzungen durchführen zu können, damit diese für Sie zum Erfolg wird.



Bitte beantworten Sie alle Fragen mit JA oder NEIN

Fragebogen zur Abklärung der Blutungsneigung:

➔ **Ihr Name:** _____

- Haben Sie starkes Nasenbluten, ohne ersichtlichen Grund? **O JA O NEIN**
- Haben Sie starkes lang anhaltendes Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund? **O JA O NEIN**
- Haben Sie „blaue Flecken“ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne erinnerliche Verletzungen am Körper? **O JA O NEIN**
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen verlängert bluten (z.B. beim Rasieren)? **O JA O NEIN**
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (> 7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen? **O JA O NEIN**
- Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach einer Zahntentfernung gehabt? **O JA O NEIN**
- Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen während oder nach Operationen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)? **O JA O NEIN**
- Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte während einer Operation erhalten? **O JA O NEIN**
- Besteht in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung? **O JA O NEIN**

Fragebogen zu Allergien und Medikamenten

Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN

Haben Sie Allergien gegen....

- Sojaprodukte **O JA O NEIN** Penicillin / Antibiotika **O JA O NEIN**
- Weitere Allergien? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ?

- ASS / Herz-ASS /Godamed **O JA O NEIN** Marcumar / Pradaxa **O JA O NEIN**
- Plavix/Clopidogrel/Iscover **O JA O NEIN** Rivaroxaban / Xarelto **O JA O NEIN**
- Tiklyd / Efient / Brilique **O JA O NEIN** Schmerztabletten **O JA O NEIN**
- Rheumamedikamente **O JA O NEIN** andere Medikamente? _____
- Magentabletten **O JA O NEIN** Name / Stärke ?? _____

Bitte kreuzen Sie die Diagnosen mit JA oder NEIN an

Fragebogen zu Ihren Vorerkrankungen

➔ **Ihr Name:** _____

Hepatitis B	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Hepatitis C	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Leberzirrhose	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
HIV (Aids)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Asthma	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	chron. Bronchitis	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
		COPD	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Bluthochdruck	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Schlafapnoe	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Grüner Star	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Organtransplantiert	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
-> Insulinpflichtig	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	-> welches Organ?	_____
Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Brustkrebs	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
-> Dialysepflichtig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	-> wenn JA	<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links
Prostatakrebs	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Metalle im Körper	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
-> Bestrahlt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	-> Wo?	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Herz-OP	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
-> Welche? _____		-> Bypass	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
		-> Stent	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
		andere? _____	

angeborene Blutgerinnungsstörung JA NEIN Welche? _____

Einverständniserklärung zur Durchführung der Gastroskopie

Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN

Ich bin mit der **Durchführung der Gastroskopie einverstanden** und habe die schriftliche Erklärung verstanden und zur Kenntnis genommen JA NEIN

Ich wünsche für die Untersuchung eine **Kurznaarkose** JA NEIN

Ich wünsche eine persönliche Aufklärung durch den Arzt JA NEIN

Hiermit bestätige ich, dass ich hinreichend informiert wurde, wie sich die Verabreichung der Kurznaarkose mit Propofol auf meine Straßenverkehrstüchtigkeit bzw. auf das Bedienen von Maschinen auswirkt.
Es ist mir in vollem Umfang bewusst, dass ich nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf gleiches gilt für das Bedienen von Maschinen und das Abschließen von Verträgen.



DATUM _____ **IHRE UNTERSCHRIFT** _____

Aufklärender / untersuchender Arzt (vom Arzt auszufüllen)

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

Eine Kopie wurde dem Patienten ausgehändigt.