



Bitte beantworten Sie alle Fragen mit JA oder NEIN

➔ **Ihr Name:** _____

- Besteht bei Ihnen eine angeborene Blutgerinnungsstörung? **O JA O NEIN**
- 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 Zahnentfernung 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**

Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN

- Haben Sie Allergien gegen...
- | | |
|--------------------------|--------------------|
| Sojaprodukte | O JA O NEIN |
| Penicillin / Antibiotika | O JA O NEIN |

Nehmen Sie Medikamente...

- | | | | |
|---------------------|-------------|----------------|---------------|
| zur Blutverdünnung? | O JA | welche? | O NEIN |
| Magentabletten? | O JA | welche? | O NEIN |
| Andere Medikamente? | O JA | welche? | O NEIN |

Blatt umdrehen

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

Einverständniserklärung zur Durchführung einer endoskopischen Untersuchung

Ich bin mit der Durchführung der **Darmspiegelung** einverstanden... JA NEIN


...und habe die schriftliche Erklärung verstanden und zur Kenntnis genommen

Ich bin mit der **Abtragung von Polypen** einverstanden JA NEIN

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

Ich wünsche **heute (jetzt)** eine persönliche Aufklärung durch den Arzt JA NEIN

Sollten Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen, ohne ihn 24 Std. vorher abgesagt haben, sehen wir uns gezwungen, Ihnen die ausgefallene Untersuchung privat (nach GOÄ) über 82,50 € in Rechnung zu stellen (BGB §612)

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!