

OPERATIONEN BEI GUTARTIGEN DARMERKRANKUNGEN

Information und Anamnese für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

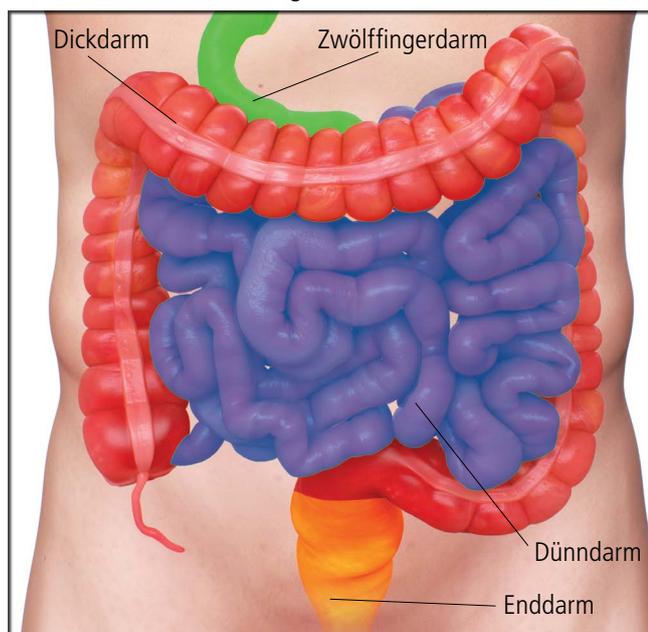
bei Ihnen/Ihrem Kind liegt eine Erkrankung des Dünndarms (Jejunum oder Ileum), des Dickdarms (Colon) und/oder Enddarmes (Rektum) vor und Ihr Arzt rät zur Operation.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Operation gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Operation erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

FUNKTION DES DÜNN-, DICK- UND ENDDARMES

Der Darm beginnt direkt nach dem Magen mit dem Zwölffingerdarm (Duodenum) gefolgt vom Dünndarm (Jejunum und Ileum). Der Dünndarm mündet im rechten Unterbauch in den Dickdarm mit dem Blinddarm (Zökum) ein, hier liegt die sogenannte Bauhinsche Klappe, die das Zurückfließen von Nahrungsbrei in den Dünndarm verhindert. Der Dickdarm mündet in den End- oder Mastdarm (Rektum), der am Anus endet.

Die Verdauung und die Aufnahme von Nährstoffen und Wasser finden vor allem im Dünndarm statt. Der Dickdarm beherbergt Bakterien (die sog. Darmflora), die pflanzliche Nahrungsbestandteile zerlegen und verwertbar machen. Der Enddarm dient als Reservoir, in dem der Stuhl bis zu einige Tage verweilen kann, bevor er über den After ausgeschieden wird.



Der Dickdarm und der Enddarm sind keine lebenswichtigen Verdauungsorgane. Wenn bei einer Darmoperation Teile oder sogar der gesamte Dickdarm entfernt werden, kann der restliche Darm die meisten Aufgaben übernehmen.

DARMERKRANKUNGEN

Bei bestimmten Darmerkrankungen ist eine operative Entfernung eines Darmabschnittes oder die komplette Entfernung von Dick- und/oder Enddarm ratsam, um Ihre Beschwerden zu behandeln oder andere Komplikationen zu verhindern. Bei Ihnen ist eine Operation auf Grund folgender Erkrankung geplant:

- Divertikelkrankheit (Divertikulose/Divertikulitis)
- Darmdurchbruch (Perforation)
- Darmverschluss (Stenose)
- Darmpolypen (Polyposis)
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Minderdurchblutung des Darms (Darmischämie)
- Angeborene Darmspastik (Morbus Hirschsprung)
- Akute Dickdarmentzündung (Toxisches Megakolon)
- Sonstiges: _____

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Die operative Entfernung von Darmabschnitten ist grundsätzlich auf zwei Arten möglich:

- Bauchspiegelung (Laparoskopie)**
Bei diesem minimal-invasiven Operationsverfahren verzichtet man auf große Hautschnitte und geht über kleine Schnitte in die Bauchhöhle ein. Zunächst wird über einen Schnitt am Nabel eine Nadel durch die Bauchdecke eingeführt oder direkt die erste Einführhülse (Trokar) eingebracht. Hierüber wird dann Kohlendioxid-Gas in die Bauchhöhle geleitet (Pneumoperitoneum). Hierdurch hebt sich die Bauchdecke von den inneren Organen. Über weitere kleine Schnitte können dann zusätzliche Hülsen,

die Optik mit Kamera und Arbeitsinstrumente (z. B. Schere, Faszange, Instrumente zur Verödung) eingebracht werden, mit deren Hilfe der Eingriff durchgeführt wird. Entnommenes Gewebe kann über die kleinen Hautschnitte, die ggf. hierfür etwas erweitert werden müssen, entfernt werden.

Nach Abschluss der Operation wird das Gas abgelassen und die kleinen Hautwunden werden verschlossen. Vorteile der Bauchspiegelung sind eine schnellere Wundheilung und eine z. T. bessere Operationssicht für den Arzt aufgrund der Vergrößerung durch Kamera und Optik. Ggf. kann der Eingriff auch roboterassistiert erfolgen.

Bauchschnitt (Laparotomie)

Hierbei erfolgt meist ein Längsschnitt des Bauchs. Anschließend führt der Arzt den geplanten Eingriff durch. Am Ende der Operation wird die Bauchdecke wieder verschlossen.

Behandlung über den After

(Transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM))

Mit Hilfe dieser Methode können Schleimhautwucherungen oder Krebsvorstufen wie Polypen durch den Anus abgetragen werden. Dieses Verfahren ist relativ schonend und nutzt die natürliche Körperöffnung des After für den operativen Zugang. Hierbei wird der Analkanal gedehnt und dann das spezielle TEM-Instrumentarium über ein Rektoskop eingeführt. Die betroffene Schleimhaut kann mit dieser Technik tiefgreifend abgetragen werden.

Je nach Erkrankung und Ausdehnung werden die erkrankten Darmabschnitte operiert. Eventuell ist auch eine vorübergehende, manchmal auch dauerhafte Anlage eines künstlichen Darmausganges notwendig. Ihr Arzt wird dies genauer mit Ihnen besprechen. Folgender Eingriff ist bei Ihnen geplant:

Entfernung eines Darmabschnittes (Segmentresektion)

Wenn ein isolierter Darmabschnitt erkrankt ist, reicht es zumeist, nur das betroffene Segment zu entfernen und die beiden Darmenden wieder zu verbinden.

Entfernung Übergang Dick-/Dünndarm (Ileocoecalresektion)

Hierbei wird der Endabschnitt des Dünndarms sowie der Beginn des Dickdarms inkl. dem Übergang mit der Bauhinschen Klappe entfernt. Die beiden Darmenden können zumeist einfach wieder verbunden werden, ein künstlicher Darmausgang ist hierbei selten nötig.

Beseitigung von Engstellen (Strikturotomie)



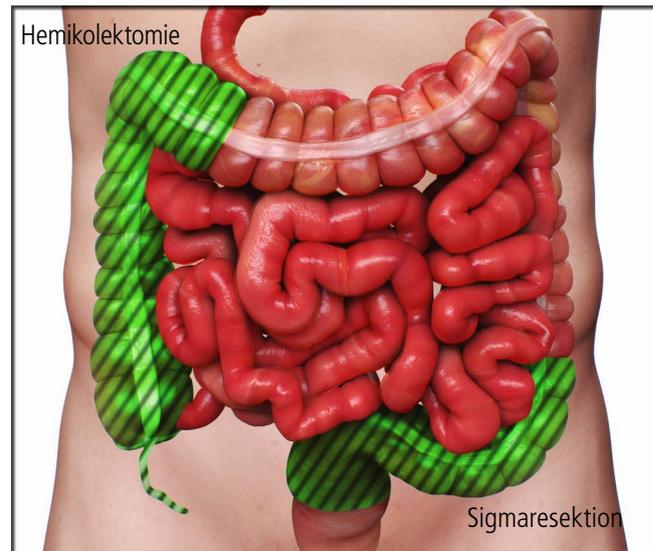
Insbesondere entzündliche Engstellen des Darmes (sog. Strikturen) können hierdurch erweitert werden. Hierbei wird der betroffene Darmabschnitt längs geöffnet und dann quer vernäht, was eine Verbreiterung des Darminnen an der betroffenen Stelle erlaubt. Hierbei geht kein Darmgewebe verloren.

Entfernung des halben Dickdarmes (Hemikolektomie)

Hier wird entweder der rechte oder der linke Dickdarm mit Teilen des Querdarms entfernt. Die beiden Darmenden können zumeist einfach wieder verbunden werden.

Entfernung Endstück des Dickdarms (Sigmaresektion)

Hierbei wird der s-förmige Teil des Dickdarmes im linken Unterbauch entfernt. Die beiden Darmenden werden, wenn möglich, wieder verbunden.



Dickdarmentfernung (Kolektomie)

Bei ausgedehnten Darmerkrankungen wie der Polyposis coli ist häufig eine komplette Entfernung des Dickdarms erforderlich. Die beiden Darmenden werden, wenn möglich, wieder verbunden.

Enddarmentfernung (Rektumresektion)

Hier wird ein Teil des Mastdarmes oder der gesamte Mastdarm entfernt. Die beiden Darmenden werden, wenn möglich, wieder verbunden. Ggf. ist ein (meist vorübergehender) künstlicher Darmausgang notwendig.

Entfernung Dick- und Enddarm (Proktokolektomie)

Bei ausgedehnten Darmerkrankungen wie der Colitis ulcerosa muss der komplette Dick- und Enddarm entfernt werden. Der Dünndarm wird mit dem Analkanal verbunden. Um ein Reservoir für den Stuhl zu bilden, wird aus dem Dünndarm wenn möglich eine Tasche als sog. Pouch gebildet, was die Kontrolle des Stuhlganges begünstigt und die Stuhlfrequenz reduzieren kann. Hierbei wird in der Regel vorübergehend ein künstlicher Darmausgang zum Schutz der Nahtverbindung am Darm angelegt.

Künstlicher Darmausgang (Stoma)

vorübergehend dauerhaft

Ein künstlicher Darmausgang wird an der Bauchdecke angelegt und erlaubt es, den Darminhalt aus dem Körper abzuleiten.

Man unterscheidet einen sogenannten endständigen künstlichen Darmausgang, d. h. es kommt nur ein Darmende aus dem Körper hervor, von dem doppelläufigen Stoma, bei dem der Darm mit einem zu- und einem abführenden Schenkel ausgeleitet wird. Ein doppelläufiges Stoma wird in der Regel an einem vorgeschalteten Darmabschnitt angelegt, um die Heilung des erkrankten Bereiches zu ermöglichen und kann

nach abgeschlossener Heilung häufig wieder zurückverlegt werden.

Sonstiges: _____

MÖGLICHE EINGRIFFSERWEITERUNGEN

Schwierige Verhältnisse im Operationsgebiet (z. B. Verwachsungen) oder Komplikationen wie starke Blutungen machen eine Operation mittels Bauchspiegelung manchmal unmöglich und erfordern ein Wechseln auf eine offene Operation mit größerem Bauchschnitt.

Auch wenn es nicht geplant war, kann es notwendig werden, vorübergehend oder auch dauerhaft einen künstlichen Darmausgang anzulegen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Ausdehnung der Darmerkrankung vor dem Eingriff nicht genau abzuschätzen ist. Auch Komplikationen können das nachträgliche Anlegen eines Stomas erfordern.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Darmentzündungen können häufig mit Antibiotikagaben und Nahrungskarenz (Diät) oder mit einer medikamentösen Unterdrückung des Entzündungsprozesses therapiert werden. Auch eine Entlastung des Dickdarmes und intensivmedizinische Betreuung mit Ausgleich des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushaltes kann in bestimmten Fällen versucht werden.

Bei Engstellen kann man zunächst mit Beeinflussung der Stuhlkonsistenz über Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Medikamente versuchen, die Passage zu verbessern.

Wenn die konservative Therapie jedoch nicht erfolgreich ist und wiederholte Entzündungen oder Komplikationen auftreten, muss eine Operation erfolgen. Ihr Arzt erklärt Ihnen gerne, warum er in Ihrem Fall die Entfernung eines Darmabschnittes empfiehlt.

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte folgende Verhaltenshinweise:

Vorbereitung:

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Nachsorge:

Die **Schmerzen** nach der Operation lassen sich mit **Medikamenten gut lindern**. Schulterschmerzen können durch das bei einer Bauchspiegelung eingeblasene Gas oder die zur Ableitung von Wundsekret angelegten Drainagen bedingt sein.

Nach der Operation müssen Sie in der Regel nur **kurzfristig auf Essen und Trinken verzichten**. Meist kann der Kostaufbau je nach Anordnung des Arztes rasch begonnen werden.

Ggf. erhalten Sie für ein gewisse Zeit eine **Antibiotikaprophylaxe**. Falls Sie Tabletten erhalten, nehmen Sie diese bitte gewissenhaft ein.

Zur Vermeidung eines Narbenbruchs sollte das **Heben von Lasten** schwerer als 5 - 10 kg vermieden werden. Die **Fäden** können entweder **verbleiben** oder werden nach 10 - 14 Tagen **gezogen**. Teilweise wird auch selbst auflösendes Fadenmaterial verwendet.

Ggf. ist zur **Stuhlregulierung** das Einhalten einer speziellen **Diät** oder auch die Einnahme von **Medikamenten** oder **Nahrungsergänzungsmitteln** erforderlich.

Falls Sie einen **künstlichen Darmausgang** erhalten, werden wir Sie in der **Handhabung** und **Pflege** unterweisen.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Bauchschmerzen, Übelkeit, ungewöhnliche Durchfälle, Blut im Stuhl, Verstopfung** oder andere Störungen auftreten.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Eine **Verletzung benachbarter Organe** wie Bauchspeicheldrüse, Milz, Zwerchfell, Leber, Gallenblase, Harnblase oder Magen sind sehr selten. Kommt es nach einer Verletzung der Milz zu **starken Blutungen**, kann es erforderlich werden, die **Milz zu entfernen**.

Blutungen werden meist sofort erkannt und gestillt. In sehr seltenen Fällen kann es zu Nachblutungen kommen, die im schlimmsten Fall eine erneute Operation erfordern. Bei **stärkeren Blutungen** kann eine Übertragung von Fremdblut/-bestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

Verletzungen von im Operationsgebiet verlaufenden **Nerven** können zu vorübergehenden, selten auch bleibenden, Blasenentleerungsstörungen oder Erektionsstörungen (verminderte Gliedsteife) führen.

Durch die Verletzung eines Samenleiters kann die **Zeugungsfähigkeit verloren** gehen, wenn der andere Samenleiter nicht mehr intakt ist. Bei Kinderwunsch besteht die Möglichkeit, vor der Operation Samenflüssigkeit einzufrieren. Fragen Sie hierzu Ihren Arzt.

Durch die Operation kann es zu einem **Anstieg des Druckes in der Bauchhöhle** mit Durchblutungsstörungen der Bauchorgane kommen (Kompartiment-Syndrom). Eine operative Entlastung durch Öffnung des Bauchraumes kann dann notwendig sein.

Durch ein **Anschwellen des Darms** kann es vorübergehend zu einer **Behinderung der Stuhlpassage** kommen. Das vorübergehende Einlegen einer Magensonde und eine künstliche Ernährung können dann notwendig sein.

Gelegentlich kann es nach der Operation zu einer vorübergehenden **Lähmung des Magen-Darm-Traktes** kommen. Durch medikamentöse Abführmaßnahmen lässt sich dieses Problem in der Regel behandeln.

Die Nähte am Darm können **undicht** werden. Tritt dann Darminhalt in die Bauchhöhle aus, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Bauchfellentzündung** (Peritonitis) oder **Abszessen** führen. Nachoperationen oder die Einlage von Spüldrainagen können dann notwendig werden.

Durchblutungsstörungen können zum **Absterben** weiterer **Darmabschnitte** führen, welche dann operativ entfernt werden müssen.

Bei Komplikationen kann die vorübergehende oder auch dauerhafte **Anlage eines künstlichen Darmausgangs** notwendig werden.

Infektionen sind in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelbar. Bei schon bestehenden Darmentzündungen ist das Infektionsrisiko erhöht und es kann zu einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) kommen. Kommt es zu einer Verschleppung von Keimen in die Blutbahn, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) führen.

Allergische Reaktionen, z. B. auf Medikamente, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Während oder nach der Operation können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

Schädigung der Haut, Weichteile bzw. **Nerven** (z. B. durch Einspritzungen, Desinfektionsmittel, den Einsatz von elektrischen Operationsinstrumenten oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Bleibende Nervenschäden oder Narben sind sehr selten.

Kleine bei der Operation durchtrennte Hautnerven können zu einem vorübergehenden, selten auch **bleibenden Taubheitsgefühl** im Bereich der Operationsnarben führen.

Blutergüsse (Hämatome) treten gelegentlich auf. Dadurch können sich harte, schmerzhafte Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie auch ohne Behandlung nach Tagen oder Wochen.

Bei verzögerter Wundheilung oder bei zu **Wundheilungsstörungen** neigenden Patienten kann es zu kosmetisch störender Narbenbildung und Wucherungen (Keloide) kommen. Dann kann eine Korrekturoperation notwendig werden.

Langfristig können unnatürliche Verbindungsgänge (**Stuhlfisteln**) zwischen dem Darm und anderen Organen oder der Körperoberfläche entstehen. Ein operativer Eingriff ist dann notwendig.

Ein **Aufbrechen der Operationswunde** oder **Narbenbrüche**, welche sich vor allem nach einer offenen Operation bilden können, müssen operativ verschlossen werden.

Verwachsungen im Bauchraum oder eine **narbige Verengung** der Nahtstelle am Darm können auch noch nach Jahren Beschwerden, bis hin zum Darmverschluss, verursachen und müssen dann operativ behandelt werden.

Je nachdem wie viel Darm entfernt werden musste, kann es zu **Durchfällen** und einer **hohen Stuhlfrequenz** kommen, was die Lebensqualität erheblich einschränken kann. Durch die Gabe von Medikamenten kann versucht werden, die Darmentleerung zu normalisieren.

Vor allem bei Entfernung großer Dünndarmabschnitte kann es zu einem sogenannten **Kurzdarmsyndrom** kommen. Dann ist ggf. eine dauerhafte intravenöse Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr nötig.

Falls ein **künstliches Stuhlreservoir** (Pouch) angelegt wurde, kann dies zu **Problemen bei der Stuhlentleerung** oder zu **chronischen Entzündungen** führen.

Spezielle Risiken der minimalinvasiven Operation

Das während einer minimalinvasiven Operation in die Bauchhöhle eingeleitete Gas kann in extrem seltenen Fällen in den Brustraum eindringen, die Lunge verdrängen (**Pneumothorax**) und Atemnot auslösen. Die Luft muss durch Punktion oder Legen von Drainagen abgesaugt werden.

Bei Eindringen von Gas in ein Blutgefäß kann es zu einer gefährlichen **Gasembolie** kommen.

Durch den Druck des eingeleiteten Gases kann die Darmtätigkeit für einige Zeit beeinträchtigt sein. Eine bleibende **Darmlähmung**, z. B. nach einer **Nervenverletzung**, ist jedoch extrem selten.

Das eingeleitete Kohlendioxidgas kann zu einer **Übersäuerung des Blutes** und damit zu einer **Belastung des Herzens** führen.

Spezielle Risiken der Stomaanlage

Falls es zu einer **Minderdurchblutung** der Schleimhaut des Stomas kommt, kann eine Operation mit erneuter Einpflanzung der Darmenden in die Bauchdecke notwendig werden.

Der künstliche Darmausgang kann sich über Monate bis Jahre verengen (**Stomastenose**), was häufig eine erneute Operation erfordert.

Im Bereich des künstlichen Darmausgangs kann es zu einem **Bauchwandbruch** kommen, welcher operativ behandelt werden muss.

Kommt es zu einem wiederholten Hervorquellen des Darmes über das Stoma (**Stomaprolaps**), ist ggf. eine Operation nötig.

Wenn es nicht möglich war, das Stoma wie geplant anzulegen, kann es sein, dass die Lokalisation an der Bauchdecke hinsichtlich einer optimalen **Versorgbarkeit nicht ideal** gewählt ist.

Spezielle Risiken der Behandlung über den After

Durch das Dehnen des Analkanals kann es nach dem Eingriff zu einer **Stuhlhalteschwäche** kommen. Diese bildet sich jedoch meist wieder zurück.

Kommt es bei der Abtragung der krankhaften Veränderungen ungewollt zu einem **Durchstoßen der Darmwand** (Perforation), kann dies zu einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen und eine weitere Operation mit Bauchschnitt zur Folge haben.

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein
 Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®, Plavix®,
 Xarelto®, Pradaxa®, Ticlopidin, Clopidogrel.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme? _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Wurden Sie schon einmal im Bauchbereich operiert? ja nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, was und wie viel: _____

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel,
 Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume),
 Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: _____

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür,
 entzündliche Darmerkrankung.

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck.

Sonstiges: _____

Erkrankung der Atemwege/Lungen? ja nein

Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.

Sonstiges: _____

Nierenerkrankungen? ja nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),
 Nierenentzündung, Blut im Urin,
 Nieren-OP, Plasmozytom,
 Nieren- oder Harnleitersteine.

Sonstiges: _____

Lebererkrankungen? ja nein

Leberentzündung.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)? ja nein

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____
