

[Patientendaten:]: [بيانات المريض:]

[am Datum:]: [في (التاريخ):]

[Klinik / Praxis:]: [مستوصف / عيادة:]



## السيدة المريضة السيد المريض،

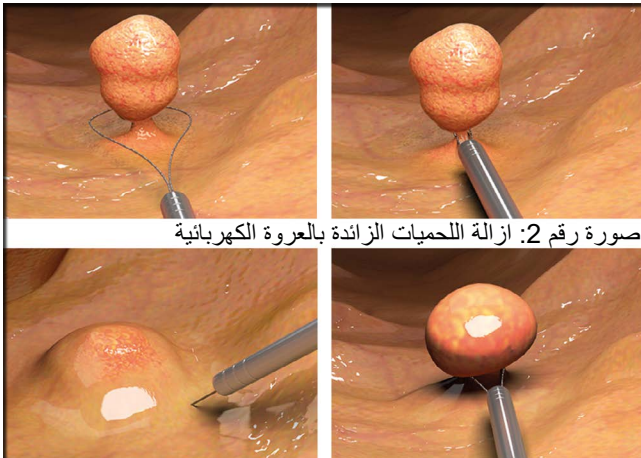
لمعرفة تفاصيل الشكاوى الصحية أو لعمل الفحوصات الوقائية ننصحكم بعمل منظار الأمعاء. وباستخدام منظار التصوير عالي الحساسية أصبحت الفحوصات أكثر سهولة ومريحة. التغييرات مثل أورام لحمية (في الغالب تورمات مخاطية حميدة)، ضيق في الأمعاء، تمدد الأوعية الدموية، التهابات، أو تقرحات يمكن التعرف عليها مبكراً وفي الغالب يتم معالجتها بنفس اللحظة.

هذه المعلومات تساعدكم لفهم واستيعاب شرح وتوضيح مجرى سير الفحوصات التي سيقوم بها الطبيب أو الطبيبة (لاحقاً الطبيب). في المحادثة سوف يقوم الطبيب بشرح مجرى سير الفحوصات أو العلاج ومضاعفاتها وسيرد على أسئلتكم لتخفيف الخوف والقلق. وبعدها يمكنكم الموافقة على إجراء العلاج المقترح. بعد المحادثة تحصلون على نسخة موقعة وموقعة من الاستمارة.

## سير المعالجة

## ABLAUF DER BEHANDLUNG

من محسنات المنظار، هو إمكانية معالجة التغييرات مباشرة عند اكتشافها.



صورة رقم 2: إزالة اللحميات الزائدة بالعمود الكهربائي

صورة رقم 3: إزالة اللحميات الزائدة المسطحة بالحقن

اللحميات الزائدة يمكن إزالتها بالعمود الكهربائي (صورة رقم 2). النزيف والأنسجة المريضة يمكن أن تكوى. اللحميات المسطحة يمكن إزالتها مباشرة أو بالحقن السفلي (صورة رقم 3). النزيف مثلاً بعد إزالة اللحميات الزائدة، يمكن إبقائه عن طريق الحقن السفلي بالألوية، التثبيت المعدني، أو فنيات اللصق.

## الطرق البديلة

## ALTERNATIV-VERFAHREN

الفحوصات التي تتم من الخارج مثل استخدام الموجات فوق صوتية، أو الأشعة، أو الأشعة المقطعية، أو التصوير بالرنين المغناطيسي أو حتى المنظار الوهمي، لا يمكن تعويض الرؤية المباشرة بالمنظار للقولون. إضافة عدم إمكانية معالجة المناطق المتغيرة المريضة مباشرة وأخذ خزعة. لهذا فإن تلك البدائل لا تعتبر بدائل حقيقية يمكن أن تعوض منظار القولون إلا إذا كانت هناك حالات خاصة.

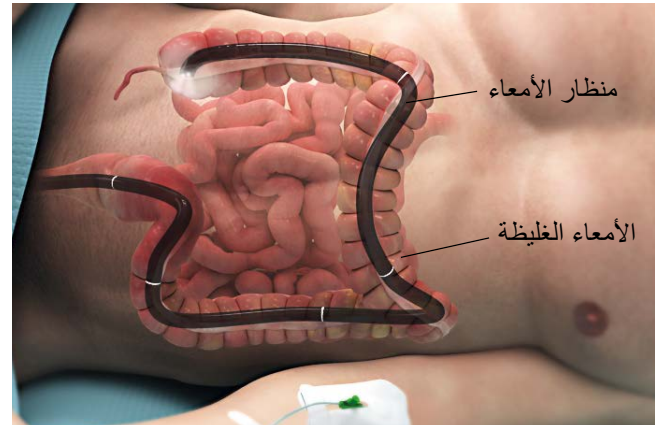
أجراء عملية جراحية تجهد الجسم بشكل كبير في العادة ولا تعتبر كبديل مناسب لمنظار القولون. طبيبك سيشرح لكم بكل سرور، لماذا ينصح باستخدام منظار الأمعاء في حالتكم.

## مجري سير الفحوصات

## ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

الفحوصات تتم عن طريق المنظار. الذي هو عبارة عن أنبوب مطاطي مرن، ورفيع، يمكن التحكم به، مثبت بطرفه آلة تصوير صغيرة ومصدر ضوء. عن طريق قناة العمل في أنبوب المنظار يمكن ادراج مختلف الأدوات.

في الجزء الأسفل من الذراع يتم تثبيت إبرة الحقن الوريدي، عن طريقها يتم مدكم بمهدئ و/ أو مخفف الألم عند الحاجة. أوللتدخل الجراحي يمكن مدكم بمادة المخدر (مثل بروبوفول أو دورميكوم)، الذي ينقلكم إلى حالة شبيه بالنوم. عبر أنبوب مطاطي في الأنف يتم امدادكم بأكسجين إضافي.



عن طريق فتحة الشرج يتم ادخال المنظار بحذر إلى القولون. الكاميرا الصغيرة تنقل الصور إلى الشاشة ليتسهل على الطبيب دفع المنظار وفحص الطبقة السطحية بمختلف مقاطع القولون بنحكم. في معظم الأحيان يكفي فقط فحص المستقيم والقسم الأسفل من القولون. في العادة يتم فحص القولون بالكامل حتى الوصول إلى الدقاق مقطع نهاية الأمعاء الدقيقة. عبر نفخ الهواء لتحسن الرؤية. باستخدام مرشحات الرؤية أو رش مواد الألوان (التنظير الملون) يساعد على توضيح التغييرات بدقة بالأغشية المخاطية عند الحاجة لذلك.

أخذ عينات من الأنسجة، المسماة بالخزعة تسمح بالتعرف على التغييرات المرضية الدقيقة والكشف عن الأمراض الخفية.

الوريد. وفي أغلب الحالات فإن معالجة العدوى تتم باستخدام المضادات الحيوية. نادراً يمكن أن تتغلغل الجراثيم إلى مجرى الدم مما يؤدي إلى تسمم الدم الخطير (متلازمة الصدمة السمية) أو التهاب شغاف القلب.

انجراف الأعضاء المجاورة مثل الطحال أو العضلة العاصرة هو شيء نادر الذي يمكن أن ينتج بسبب ادراج المنظار والذي يتطلب تدخل سريع.

**أضرار الجلد، الأعضاء الرخوية أو الأعصاب** (مثل عبر الحقن، مادة التعقيم، استخدام الأدوات الكهربائية في العمليات أو ورغم تخزين المواد حسب اللوائح) يكون نادر. اضطراب في الإحساس، شعور بالتململ، شلل أو ألم يمكن أن تكون النتيجة. غالباً ما يكون ذلك مؤقتاً. بقاء أضرار الأعصاب أو الندبات نادراً جداً.

**النزيف** بعد أخذ عينات من الأنسجة، أو إجراءات علاجية أو عند الجروح الصغيرة يتم التعرف عليها فوراً وإيقافها. بعض الأحيان يجب توسعة المعالجة، عند فقدان الدم بكميات كبيرة **نقل دم غريب** يكون ضرورياً. وبالتالي ممكن أن يؤدي ذلك إلى مسببات الأمراض، كما مثل نادر جداً التهاب الكبد-الوبائي (يسبب التهاب خطير في الكبد)، ونادراً جداً الإيدز (مرض فقدان المناعة)، مع مرض بي إس إي (يسبب نوع من مرض الأعصاب) أو مع جراثيم خطيرة وغير معروفة.

ردة فعل الحساسية (الحساسية المفرطة) مثل حساسية ضد الأدوية (تخفيف الألام،-، أو المهدئات) أو مواد الألوان، تعتبر نادرة. طفح جلدي، حكة، تورمات كمان تقيؤ وسعال يمكن أن تكون النتيجة. في الغالب تختفي الأعراض لوحدها بدون علاج. ردة الفعل المفرط مثل اختناق، تشنجات، تسارع خفقان القلب أو اضطراب الدورة الدموية نادر جداً. بسبب قصر تدفق الدم يمكن بالرغم من الرعاية الطبية المركزة أن تبقى الأعضاء متضررة لفترة قصيرة أو طويلة الأمد، كما مثل ضرر في الدماغ، شلل، أو فشل كلوي.

بعد المعالجة يمكن أن تحدث تغيرات مثل وجود مناطق بها ندب أو ردة فعل التهابية، والتي تتطلب لاحقاً إجراءات علاجية.

عبر إعطاء مادة المخدر أو المهدئ ممكن أن تسبب ذلك إلى اضطراب في التنفس أو ردود فعل بالدورة الدموية (مثل هبوط في ضغط الدم، هبوط في نبضات القلب) مع حدوث غثيان وتقيؤ. هذا ممكن تفاديه عبر إعطاء الأكسجين أو الأدوية وأن تعالج بنجاح. ولكن إذا اتى انقطاع التنفس سيتم بالضرورة عمل تنفس صناعي، حتى لا يتضرر الدماغ. في أقصى الحالات الاستثنائية ممكن أن بالرغم من المعالجة الفورية إصابة بعض الأعضاء (الكلية-أو المخ بأضرار).

كما يمكن أن تنتقل محتوى المعدة عبر المريء إلى أن تصل إلى الرئتين. في حالات نادرة جداً يمكن أن يغلق مجرى التنفس طوارئ حتى يصل إلى حد الاختناق أو التهاب الرئة مع أو أضرار مستديمة لأنسجة الرئة وتصل حتى إلى درجة الضائقة التنفسية الحادة.

المضاعفات المعقدة ضهورها دفعة واحدة هو شيء نادر وممكن عبر المراقبة الدقيقة في الاغلب التعرف عليها في الوقت المناسب وعلاجها.

## أسئلة هامة بخصوص إجراء المداخلة في العيادات الخارجية

Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

من سيتولى مراقبتكم فور خروجكم من المشفى/العيادة؟  
Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

اسم المرافق وعمره:  
Name und Lebensalter des Abholers:

أين ستواجدون خلال الأربع والعشرين ساعة بعد العملية الجراحية؟  
Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

البلدة،  
PLZ, Ort

الشارع، رقم المنزل:  
Straße, Hausnummer:

اسم وعمر الشخص الذي سوف يتولى رعايتكم:  
Name und Lebensalter der Aufsichtsperson:

رقم الهاتف:  
Telefonnummer:

## توقعات النجاح ERFOLGSAUSSICHTEN

أصبح استخدام منظار القولون للتشخيص أو للعلاج اليوم شيء اعتيادي يومي. كثير من التغيرات المرضية يمكن بكل بساطة علاجها بشكل مريح بالرغم من ذلك يمكن بسبب التغيرات الوراثية، أو الضيق أو بعد عملية جراحية أن تكون الفحوصات غير مكتملة النجاح أو جزء منها أو عدم القدرة على اكتشاف التغيرات المرضية. وعند معالجة التغيرات المرضية يمكن أن لا ينجح العلاج بنفس النسبة التي تم توقعها من قبل لذا لا بد من معاودة التدخل مرة أخرى أو اختيار طريقة بديلة.

تنظير القولون أصبح اليوم نموذج مثالي للفحص الوقائي لسرطان القولون. يتم إزالة اللحميات الزائدة المكتشفة عند الفحص بقدر الإمكان وفحصها.

## إرشادات للتخصير والرعاية اللاحقة

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

يرجى اتباع تعليمات الطبيب أو الممرض بدقة. في حالة إذا ما لم تكن هناك تعليمات أخرى، يرجى اتباع الإرشادات التالية:

### التخصير:

**لعمل منظار القولون** يجب أن تكون الأمعاء نظيفة. إذا كان مقرراً فحص الجزء الأسفل من الأمعاء الغليظة فقط عندها يمكن استخدام الحقنة الشرجية لتنظيفها. وفي الغالب يستخدم مواد مساعدة وشرب 2 أو 3 لترات من السوائل الخاصة. بعد تنظيف الأمعاء يسمح فقط بتناول السوائل الصافية لو سمحت امتنعوا عن تناول المواد الغذائية التي تحتوي على الحبوب. الطبيب سوف يعطيكم تعليمات مفصلة عن تنظيف الأمعاء.

المواد المساعدة والسوائل الخاصة لتنظيف المعدة لها تأثير سلبي لبقية الأدوية التي تأخذ مثل حبوب منع الحمل. لذا وحتى الموعد القادم للدورة الشهرية يجب استخدام طرق وقائية إضافية أخرى.

**تناول الأدوية:** مهم جداً إعلام الطبيب، بنوعية الدواء أو الحقنة التي يجب عليكم تناولها (وخاصة مخففات الدم مثل الأسبرين)، ماركوما، هبارين، بلافكس، إكس ريلتو، براداكسا إلى آخره. طبيبك سوف يعلمكم، إذا أو في أي وقت يجب عليكم إيقاف تناول الدواء.

### الرعاية اللاحقة:

الآلام بسبب وجود هواء في الأمعاء هي أعراض مؤقتة ولا تدعوا للقلق. يرجى اعلام الطبيب فوراً في حالة ظهور أعراض الحمى، **الأم شديدة في البطن، التقيؤ، اضطراب الدورة الدموية أو اسهال مصاحب للدم.** الأعراض يمكن أن تظهر حتى بعد أيام وتتطلب توضيح فوري.

إذا تم اعطائكم علاج ضد الألم أو مهدئ، في العيادات الخارجية عندها يجب أن يراففكم أحد الأشخاص البالغون منها. كما يجب أن يكون هناك أيضاً شخص يرافقكم في المنزل للفترة التي يحددها الطبيب. لأن قدرة الرد الطبيعي لديكم محدودة وذلك بسبب مدمك بمادة ضد الألم و / أو المهدئ، لا يسمح، إذا لم تكن هناك تعليمات أخرى، لكم لمدة 24 ساعة المشاركة في استخدام الشارع (حتى وإن كان سيراً على الأقدام) وعدم ممارسة أي أعمال خطيرة. كما يجب عدم تناول المشروبات الكحولية، أو اتخاذ القرارات الاقتصادية أو الشخصية.

## المخاطر، احتمالات المضاعفات وأثارها الجانبية

MÖGLICHE RISIKEN, KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

من المعروف بصفة عامة، أن أي تدخل جراحي، أيضاً التدخل الاعتيادي مثل منظار القولون، يخفي ورائه مخاطر أكيدة. إذا ظهرت مثل هذه المضاعفات، يمكن اتخاذ إجراءات علاجية إضافية أو عملية جراحية، وفي أسوأ الحالات أثناء الاستمرار بالفحوصات أو العملية تعرض الحياة للخطر أو بقاء بعض الأضرار. يرجى تفهمكم، لأننا ملزمون من الناحية القانونية بإعلامكم بكل مخاطر العلاج المحتملة، حتى وإن كان ذلك حالة نادرة. طبيبك سوف يوضح لكم التفاصيل. كما يمكنكم الاستغناء عن الشرح بإسهاب بفترة المخاطر. يمكن تجاوز فترة المخاطر بعد التأكيد على ذلك في نهاية الاستمارة.

جرح جدار الأمعاء أثناء الفحوصات أو حتى بسبب التغيرات الوراثية المرضية هو شيء نادر. لأن الطبيب يتخذ كل إجراءات الفحوصات تحت المراقبة. رغم ذلك وحدث مثلاً اختراق في منطقة البطن، عندها يتم إجراء عملية جراحية اضطرابية التي ممكن أن تؤدي إلى خطورة في الحياة. العدوى يمكن أيضاً أن تحدث عند ادخال ابرة الحقن، مثل قنطرة

## أسئلة حول تاريخك المرضي (Anamnese) Fragen zu Ihrer Krankengeschichte

يرجى أن تقوموا قبل إجراء مناقشة ما قبل العملية بالإجابة على الأسئلة التالية بعناية ودقة. فمن واقع المعلومات التي ستقدمونها في إجاباتكم سيتمكن الطبيب من تقييم خطر عملية التخدير في حالتكم على نحو أفضل، وتوضيح المشاكل التي يمكن أن تظهر لكم جراء العملية، ومن ثم اتخاذ الإجراءات الضرورية لمنع حدوثها أو ظهور آثار جانبية قدر الإمكان.

nein= لا ja= نعم

- حساسية/ فرط الحساسية؟**
- نعم  لا
- أدوية،  مواد غذائية،  مادة التباين،  
 اليود،  لاصق،  اللاتكس (مثلاً قفازات مطاطية، بالون هوائي)،  حبوب لقاح (أعشاب، أشجار)،  مواد تخدير،  
 حساسية ضد المعادن (مثلاً حكة بسبب شاشيه النظارات المعدنية، حلي الزينة أو مواضع يرشمة السروال)،  
**Allergie/Überempfindlichkeit?**  Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon),  
 Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

أخرى:

Sonstiges:

### هل توجد لديكم اضطرابات في القلب/ الدورة الدموية/ الأوعية الدموية؟

- نعم  لا
- نوبة قلبية،  ذبحة صدرية (آلام في القفص الصدري، ذبحة)،  
 قصور في أداء القلب،  اضطراب في ضربات القلب،  التهاب في عضلة القلب،  اعتلال صمامات القلب،  حدوث أزمة تنفس عند صعود السلم،  الخضوع لجراحة في القلب وإن لزم الأمر باستخدام صمام صناعي، ومنظم ضربات القلب، ومزيل الرجفان، ارتفاع ضغط الدم،  انخفاض ضغط الدم.  
**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck.

أخرى:

Sonstiges:

- اعتلال مسارات التنفس/الربو؟**
- نعم  لا
- ربو،  التهاب مزمن للشعب الهوائية،  التهاب الرئة،  
 انتفاخ رئوي،  توقف التنفس أثناء النوم (شخير حاد)،  شلل الحجاب الحاجز أو الحبل الصوتي.  
**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem,  Schlafapnoe (starkes Schnarchen),  Stimmband-Zwerchfelllähmung.

أخرى:

Sonstiges:

- أمراض ناتجة عن تبادل المواد الكيميائية؟**
- نعم  لا
- السكر (مرض السكري)،  الصفراء  
**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht.

أخرى:

Sonstiges:

- أمراض الغدة الدرقية؟**
- نعم  لا
- قصور الأداء الوظيفي للغدة الدرقية،  
 فرط الأداء الوظيفي للغدة الدرقية.  
**Schilddrüsenerkrankungen?**  Unterfunktion,  Überfunktion.

أخرى:

Sonstiges:

- أمراض معدية أخرى؟**
- نعم  لا
- التهاب الكبد،  السل،  نقص المناعة المكتسبة.  
**Infektionskrankheiten?**  Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

أخرى:

Sonstiges:

- أمراض حادة أو مزمنة غير مدرجة؟**
- نعم  لا
- Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?**  
 يرجى أن تقدم وصفاً مختصراً لها:

Bitte kurz beschreiben:

### بيانات خاصة بتناول الأدوية:

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

- هل أنتم بحاجة بصفة منتظمة إلى تناول مميعات الدم أو قمتم مؤخراً (حتى قبل 8 أيام) بتناولها أو حقنتم بها؟**
- نعم  لا
- Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?

- اسبرين® (ASS),  هيبارين®,  ماركومار®,  بلافيكس®,  
 نيكلوبيدين,  كلوبيدوجريل,  إكساريلتو®,  باراداكسا®,  
 Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  Plavix®,  
 Ticlopidin,  Clopidogrel,  Xarelto®,  Pradaxa®.

أخرى:

Sonstiges:

### متى تم تناوله آخر مرة؟

Wann war die letzte Einnahme?

- نعم  لا
- هل تتناولون أدوية أخرى؟**  
**إن كانت الإجابة بنعم، فيرجى إدراجها:**  
 Nehmen Sie andere Medikamente ein? Wenn ja, bitte auflisten:

### وأيضاً الأدوية التي تتناولونها بدون وصفة طبية، والمواد العلاجية الطبيعية أو النباتية، والفيتامينات، وما إلى ذلك

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

- نعم  لا
- هل سبق أن خضعت للجراحة في الجهاز الهضمي؟**  
 Wurden Sie schon einmal am Magen-Darm-Trakt operiert?

- نعم  لا
- هل سبق أن تم إجراء تنظير للقولون؟**  
 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

- نعم  لا
- هل ظهرت مضاعفات؟**  
 Ergaben sich dabei Komplikationen?

إذا كان الإجابة بنعم، ما هي؟

Wenn ja, welche?

- نعم  لا
- هل بجسمكم معادن مزروعة (مثل مفصل صناعي)؟**  
 Haben Sie ein Metallimplantat (z.B. eine künstliche Hüfte)?

- نعم  لا
- هل توجد حالة حمل؟**  
 Sind Sie schwanger?  
 غير متأكدة nicht sicher

- نعم  لا
- هل تعاون فعلياً في الوقت الحالي أو سبق لكم أن تعرضتم لأمراض أو أعراض لهذه الأمراض؟**  
 Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

- نعم  لا
- اعتلال الدم/ اضطراب تجلط الدم؟**  
 ميل كبير للنزف (مثلاً تكرار نزف الأنف، النزيف العنيف عقب العمليات الجراحية، وعند الإصابة بجروح أو علاج الأسنان)،  والميل لحدوث أورام دموية (ظهور بقع تكون غالبيتها زرقاء اللون بدون سبب)  
**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  
 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).

### هل توجد لدى أقربائكم أعراض أمراض

الدم/اضطراب تجلط الدم؟

- نعم  لا
- Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?

**تصريح وموافقة المريض/ المريضة**

Erklärung des Patienten über die Aufklärung und Einwilligung

من فضلكم ضعوا إشارة X في الحقل المناسب، ثم عززوا الموافقة بعد ذلك بالتوقيع:

Bitte kreuzen Sie Ihre Erklärung im zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie diese anschließend mit Ihrer Unterschrift:

بموجب شرح اقسام توعية المرضى أكد بأنني فهمت وقرأت كل ما جاء في استمارة التوعية الطبية والتوضيح (4صفحات) أثناء محادثة التوعية والتوضيح مع الطبيبة/ الطبيب. تم اعلامي بمجريات سير منظار القولون المخطط له وخطورته، ومضاعفاته واعراضه الجانبية لحالتي الخاصة وعن المحاسن والمساوي للطرق البديلة.

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe. Diesen Aufklärungsbogen (4Seiten) habe ich vollständig gelesen und die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) nach bestem Wissen beantwortet. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/ Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf des geplanten Eingriffes, dessen Risiken und Komplikationen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativ-Verfahren umfassend informiert.

لقد شاهدت فلم التوعية والشرح لمنظار القولون المقترح اجرائه لي واستوعبت جميع مجرياته.

Den Informationsfilm über die bei mir geplante Darmspiegelung habe ich gesehen und verstanden.

لقد استغنيت بعلم عن الشرح المفصل. وأؤكد بهذا أنني قد حصلت على معلومات وافية حول ضرورة عمل الفحوصات التي تم اقتراحها، وحول نوع وحجم المداخلة وكذلك أيضاً حول حقيقتها أنها لا تخلوا من بعض المخاطر.

Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung. Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass der Eingriff Risiken birgt, sowie über mögliche Alternativen informiert wurde.

أنا أؤكد بأنه ليس لدي اسئلة إضافية وأناى لست بحاجة إلى مزيداً من الوقت للتفكير. أنا اوافق على منظار القولون المقترح. كما اوافق أيضاً على اتخاذ الإجراءات المناسبة وقت الضرورة. الأسئلة عن السيرة المرضية جاوبت عليها كاملة بقدر المستطاع.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Darmspiegelung zu. Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

موافقتي تشمل أيضاً المتغيرات الضرورية لتوسعة مجرى سير العملية مثلاً معالجة الأمراض المكتشفة.

Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens, z.B. das Behandeln von krankhaften Befunden.

أنا أؤكد أنني في حالة جيدة لمتابعة التعليمات الطبية. وهذا يسري خصوصاً على الامتناع عن استخدام الشارع لمدة 24 ساعة بعد المعالجة في العيادة الخارجية إذا ماتم اعطائي مادة مهدئة.

Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen. Dies gilt insbesondere für das Verbot einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr für 24 Stunden nach einem ambulanten Eingriff, wenn Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel verabreicht wurden.

**التوثيق الطبي حول جلسة التوعية الطبية**

Ärztliche Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

لقد قدمت للمريض خلال جلسة التوعية الطبية التفصيلية اللازمة حول المواضيع التالية (مثل: المضاعفات المحتملة التي قد تنجم عن المخاطر الصحية الخاصة لدى المريض، معلومات تفصيلية حول الطرق البديلة، العواقب المحتملة التي قد تترتب على تأجيل أو رفض عملية العلاج):

Über folgende Themen (z.B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

ASA-01  ASA-02  ASA-03  ASA-04

**القدرة على اتخاذ القرار وتقديم الموافقة:**

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

المريض/ المريضة يتمتع بالقدرة على اتخاذ القرار بصورة شخصية للعملية المقترحة، وقد أعطى أو أعطت الموافقة بذلك.

Der Patient besitzt die Fähigkeit eine eigenständige Entscheidung über den empfohlenen Eingriff zu treffen und seine Einwilligung in den Eingriff zu erteilen.

ينوب عن المريض/ أو المريضة ولي الأمر أو الوصي المعين بقرار والمتمتع بالقدرة على اتخاذ القرار المناسب الذي يعود لمصلحة المريض.

Der Patient wurde von einem Betreuer bzw. Vormund vertreten, der nachweislich in der Lage ist, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

المكان، التاريخ، الساعة  
Ort, Datum, Uhrzeit

توقيع الطبيبة/الطبيب/الشاهد في حال وجوده  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes/ggf. des Zeugen

**تصريح المريض بالرفض**

Ablehnung des Patienten

الطبيبة / الطبيب \_\_\_\_\_ قدم لي الشرح الكامل للعملية المقترحة بمحاسنها ومساؤها التي يمكن أن تنجم بسبب رفضها. لقد فهمت واستوعبت كل تفاصيل الشرح وأنا أرفض الموافقة على اجراء منظار القولون المقترح.

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über meine Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten, den vorgeschlagenen Eingriff und über die aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Hiermit lehne ich den mir vorgeschlagenen Eingriff ab.

المكان، التاريخ  
Ort, Datum

توقيع المريض/المريضة/القائم على الرعاية/ولي الأمر  
Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund

نسخة:  استلام  الاستغناء عنها  
Kopie: erhalten: verzichtet,

توقيع المريضة/ المريض/ ولي الأمر/ الشاهد إن لزم الأمر  
[Unterschrift der Patientin / des Patienten / der Erziehungsberechtigten]