

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abklärung Ihrer Beschwerden empfehlen wir Ihnen eine endoskopische Ultraschalluntersuchung des oberen oder unteren Verdauungstraktes (Endosonographie). Da bei dieser Untersuchungstechnik die Ultraschallsonde näher an die zu untersuchenden Strukturen und Organe herangebracht werden kann, ist eine genaue Darstellung und Beurteilung krankhafter Veränderungen möglich. Wenn nötig, können auch Gewebeproben entnommen oder kleine Behandlungsmaßnahmen direkt durchgeführt werden.

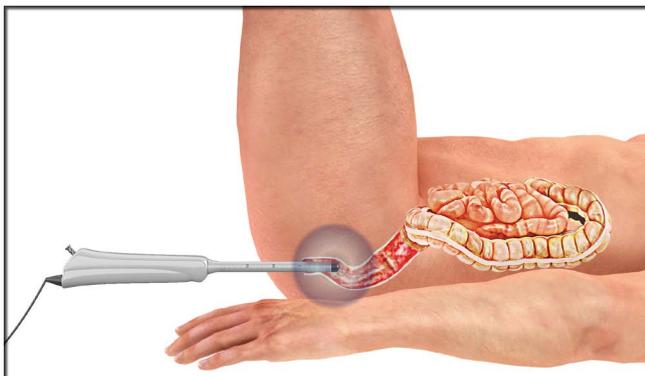
Diese Informationen über den Ablauf der Untersuchung und ggf. Behandlung, die möglichen Zwischenfälle und über Verhaltensmaßnahmen vor und nach dem Eingriff dienen zu Ihrer Vorbereitung auf das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile des geplanten Verfahrens gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre spezifischen Risiken und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen und Sie ausführlich über die Untersuchung/Behandlung aufzuklären. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in den Ihnen vorgeschlagenen Eingriff erteilen oder diesen ablehnen.

Bitte lesen Sie die nachstehenden Informationen und füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### ABLAUF DER UNTERSUCHUNG/BEHANDLUNG

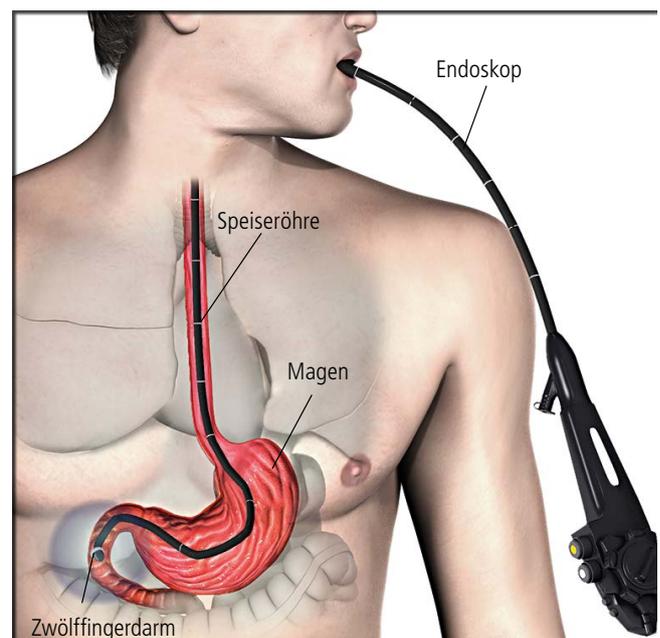
Der Untersuchungsablauf ist ähnlich dem einer Magen- oder Enddarmspiegelung und erfolgt mit einem Endoskop. Dies ist ein flexibler, steuerbarer, dünner Schlauch, an dessen Spitze sich eine winzige Kamera, eine Lichtquelle und ein Ultraschallkopf befinden. Bei der Enddarmuntersuchung kommen auch starre Endoskope zum Einsatz. Über einen Arbeitskanal im Endoskop können ggf. auch kleine Instrumente vorgeschoben werden. Für die Untersuchung des Gallenganges kommen auch Mini-Sonographiesonden zum Einsatz, welche über den Arbeitskanal des Endoskops eingebracht werden können.

Für die Untersuchung wird meist eine Venenverweilkanüle an Ihrem Unterarm gelegt. Hierüber erhalten Sie ein Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel. Alternativ wird Ihnen ein Narkosemittel (z. B. Propofol oder Dormicum®) gespritzt, wodurch Sie in einen schlafähnlichen Zustand versetzt werden. Über eine Nasensonde kann Ihnen zusätzlich Sauerstoff gegeben werden.



Um das Einführen des Endoskops bei der Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm zu erleichtern, wird Ihr Rachen in der Regel zusätzlich mit einem Spray örtlich betäubt. Zum Schutz Ihrer Zähne erhalten Sie einen Beißring. Dieser verhindert auch ein versehentliches Beißen auf den Endoskopschlauch.

Der Vorteil der endoskopischen Ultraschalluntersuchung ist, dass nicht nur die Schleimhautoberfläche von Speiseröhre, Magen oder Darm begutachtet werden kann. Mit der Ultraschalldarstellung des umliegenden Gewebes ist es auch möglich, die Ausdehnung



krankhafter Veränderungen in tiefer liegende Gewebeschichten zu beurteilen. Im Vergleich zur Ultraschalluntersuchung von der Körperoberfläche aus erreicht man auch schwer zugängliche Gewebe und kann diese höher auflösend untersuchen. Aus entdeckten Veränderungen können dann unter Ultraschalldarstellung direkt Gewebeprobe mit einer Punktionsnadel entnommen werden. Mit der endoskopischen Ultraschalluntersuchung ist es auch möglich, Flüssigkeitsansammlungen im Gewebe, sogenannte Zysten, durch Punktion mit einer Nadel zu entleeren (Zystendrainage).

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Im Vergleich zu einer Untersuchung von außen z. B. mittels Ultraschall, Röntgen, Computer- oder Kernspintomographie ist die Aussagekraft der Endosonographie in der Regel höher. Zudem kann auch die Schleimhautoberfläche direkt begutachtet werden und die Entnahme von Gewebeprobe oder kleine Behandlungsmaßnahmen sind möglich. Deshalb stellen die Untersuchungen von außen in Ihrem Fall keine echte Alternative dar.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Bei anatomischen Besonderheiten, wie Verengungen im Verdauungstrakt, oder nach Voroperationen kann es möglich sein, dass die Untersuchung nicht oder nur teilweise erfolgen kann bzw. krankhafte Veränderungen übersehen werden. Bei der Therapie von Veränderungen ist es möglich, dass die Behandlung nicht wie geplant gelingt und dass eine Wiederholung des Eingriffs oder eine andere Behandlungsmethode notwendig werden.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

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

#### Vorbereitung:

Für die **Untersuchung des oberen Verdauungstraktes** müssen Sie nüchtern sein. Bitte nehmen Sie daher für mindestens 5 Stunden vor der Untersuchung keine Speisen und Getränke mehr zu sich und stellen Sie das Rauchen ein. Kleine Mengen von klarer Flüssigkeit wie Wasser sind bis 2 Stunden vor der Untersuchung gestattet.

Für die **Untersuchung des unteren Verdauungstraktes** muss Ihr Dickdarm sauber sein. Ist nur eine Untersuchung des unteren Dickdarmabschnittes geplant, kann der Darm durch einen Einlauf gereinigt werden. Manchmal ist jedoch eine Darmreinigung mit Hilfe eines Abführmittels und das Trinken von 2 – 3 Litern einer speziellen Spüllösung nötig. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Darmreinigung geben.

**Medikamenteneinnahme:** Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie einnehmen oder spritzen müssen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® [ASS], Marcumar®, Heparin, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa® etc.). Ihr Arzt wird Sie informieren, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

#### Nachsorge:

Falls Sie eine Rachenbetäubung erhalten haben, dürfen Sie für 2 Stunden nach dem Eingriff nichts essen oder trinken, da die Gefahr des Verschluckens besteht.

Brechreiz, Brennen im Rachenraum oder Schmerzen durch die verbliebene Luft in Magen oder Darm sind vorübergehend und kein Grund zur Beunruhigung. Bitte informieren Sie aber sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Schmerzen, Übelkeit, Kreislaufbeschwerden** oder **Erbrechen von Blut** oder **blutige Durchfälle** auftreten. Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine **sofortige Abklärung**.

Wenn Sie ein Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel erhalten haben, müssen Sie im Falle eines **ambulantem Eingriffs** von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Sorgen Sie dann auch zu

Hause für eine Aufsichtsperson für den von Ihrem Arzt empfohlenen Zeitraum. Da Ihr Reaktionsvermögen durch die Gabe von Schmerz- und/oder Beruhigungsmitteln eingeschränkt ist, dürfen Sie, wenn nichts anderes angeordnet wird, für **24 Stunden nach dem Eingriff** nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger) und keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum keinen Alkohol trinken und darauf verzichten, persönlich oder wirtschaftlich wichtige Entscheidungen zu treffen. Bei bestimmten Beruhigungsmitteln können Sie sich ggf. nicht mehr an den Eingriff oder eine kurze Zeitspanne davor erinnern (retrograde Amnesie).

### RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff gewisse Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall im weiteren Verlauf auch einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreffen. 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.

**Verletzungen** des Kehlkopfes, der Speiseröhre, des Magens oder des Zwölffingerdarms bei der Spiegelung des oberen Verdauungstraktes oder des Dickdarms bei der Enddarmspiegelung sind selbst bei krankhaften Veränderungen selten. Kommt es dennoch z. B. zu einem Durchbruch in die Bauch- oder Brusthöhle, wird u. U. eine Operation notwendig und es kann zu einer lebensbedrohlichen Infektion (z. B. Bauchfellentzündung) kommen.

**Infektionen** können auch an der Einführungsstelle von Injektionsnadeln, z. B. der Venenverweilkanüle, auftreten. In den meisten Fällen sind Infektionen mit Antibiotika gut zu behandeln. Selten kann es zur Verschleppung von Keimen in die Blutbahn und zu einer gefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) oder Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) kommen.

Durch die Gabe von Narkose- oder Beruhigungsmitteln kann es zu einer **Störung der Atmung** oder zu **Kreislaufreaktionen** (z. B. Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags) mit **Übelkeit und Erbrechen** kommen. Dies kann durch Gabe von Sauerstoff oder Medikamenten meist gut behandelt werden. Kommt es jedoch zu **Atem-Stillstand**, wird eine künstliche Beatmung notwendig, um eine Schädigung z. B. des Gehirns zu verhindern. In extremen Ausnahmefällen kann es trotz sofortiger Behandlung zu Organschäden (Nieren- oder Gehirnschädigung) kommen.

**Allergische Reaktionen** (Unverträglichkeitsreaktionen), z. B. auf Medikamente (Schmerz-, Beruhigungsmittel) sind selten. Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen aber auch Übelkeit und Husten können die Folgen sein. Meist verschwinden sie ohne Behandlung von selbst wieder. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen oder Kreislaufschock sind selten. Durch die mangelnde Durchblutung können trotz intensivmedizinischer Versorgung vorübergehende oder auch bleibende Organschäden, wie z. B. Gehirnschäden, Lähmungen, Nierenversagen, eintreten.

**Blutungen** nach der Entnahme von Gewebeprobe, Behandlungsmaßnahmen oder bei kleineren Verletzungen werden meist sofort erkannt und gestillt. Manchmal kann eine Erweiterung des Eingriffs, bei hohen Blutverlusten eine Übertragung von Fremdblutbestandteilen (**Transfusion**), notwendig werden. Dadurch kann es zu Infektionen mit Krankheitserregern kommen, wie z. B. sehr selten mit Hepatitis-Viren (Verursacher gefährlicher Leberentzündungen), äußerst selten mit HIV (Verursacher von AIDS), mit BSE (Verursacher

einer Variante von Creutzfeldt-Jakob) oder mit anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern.

**Verletzungen benachbarter Organe** wie des **Schließmuskels** können sehr selten beim Einführen des Endoskops bei der Untersuchung des Enddarms oder bei einer Punktion verursacht werden und erfordern ggf. eine operative Behandlung.

**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.

### Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

Name und Alter des Abholers

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Name und Alter der Aufsichtsperson

Durch Übertritt von Mageninhalt in die Luftröhre kann es in Ausnahmefällen zu einer **Lungenentzündung** kommen.

**Zahnschäden** durch das Endoskop sind sehr selten. Bei lockeren Zähnen kann es zu Zahnverlust kommen.

Nach Punktionen zur Gewebeentnahme oder Zystendrainage kann es zu **Entzündungsreaktionen** kommen, welche dann weitere Therapiemaßnahmen erfordern.

Bei der Punktion von bösartigen Tumoren können Tumorzellen verschleppt werden, welche in Ausnahmefällen **Tochtergeschwüre** verursachen können.

**Schwerwiegende Komplikationen** treten insgesamt sehr selten auf und können durch eine sorgfältige Überwachung meist rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Wer ist Ihr überweisender/weiter betreuender Arzt/Hausarzt?

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

### 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®,  Ticlopidin,  Clopidogrel,  Xarelto®,  
 Pradaxa®.

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 an **Speiseröhre, Magen oder Darm** operiert?  ja  nein

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?**  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein **Metallimplantat** (z.B. eine künstliche Hüfte)?  ja  nein

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**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, verstärkte oder verlängerte Regelblutung),  
 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: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  ja  nein

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

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: \_\_\_\_\_

#### Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenunter-,  -überfunktion.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Zahnschäden/Zahnersatz? ja nein

Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  herausnehmbarer Zahnersatz.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

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  ASA-05

#### Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

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

Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

#### Ablehnung des/der Patienten/in

Die Ärztin/Der Arzt \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren. Hiermit lehne ich die mir vorgeschlagene endoskopische Ultraschalluntersuchung/Behandlung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

### Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in

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

**Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten endoskopischen Ultraschalluntersuchung/Behandlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

**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.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkenzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen endoskopischen Ultraschalluntersuchung/Behandlung zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens, z.B. das Behandeln von krankhaften Befunden.

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.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

Kopie:  erhalten

verzichtet

\_\_\_\_\_

Unterschrift Kopieerhalt/-verzichtet