

Klinik / Praxis



Patientendaten:

\_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine ambulante Untersuchung/Behandlung mittels Magenspiegelung (Gastroskopie, ÖGD), Darmspiegelung (Koloskopie) o. Ä. geplant. Da Ihnen für den Eingriff häufig ein Beruhigungs-, Schmerz- oder Narkosemittel verabreicht wird, um die Untersuchung/Behandlung möglichst angenehm für Sie zu gestalten, müssen Sie einige Verhaltenshinweise befolgen, um Ihre und die Sicherheit Anderer nicht zu gefährden. Auch können nach einer Spiegelung bestimmte Krankheitszeichen Hinweise auf eine behandlungsbedürftige Komplikation sein. Im Folgenden sind die nötigen Verhaltenshinweise für Sie zusammengestellt. Bitte beachten Sie diese Hinweise und bewahren Sie diese Informationen sorgfältig auf.

### BEACHTEN SIE BITTE FOLGENDES

#### Wird vom Arzt nach dem Eingriff ausgefüllt:

Bei Ihnen wurde eine \_\_\_\_\_ - Spiegelung

- mit Gabe eines Beruhigungsmittels  
 ohne Gabe eines Beruhigungsmittels

durchgeführt.

Wenn Sie ein Schmerz- und/oder Beruhigungsmittel erhalten haben, kann Ihr Reaktionsvermögen eingeschränkt sein. Sie dürfen dann für

- 12 Stunden**  **24 Stunden**  \_\_\_\_\_

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.

- Sie müssen von einer **Begleitperson** abgeholt werden  
 Sie können mit **öffentlichen Verkehrsmitteln** fahren  
 Sie können **selbstständig mit einem KFZ** fahren

Nach \_\_\_\_\_ **Stunden** nach dem Eingriff darf **getrunken**,  
 nach \_\_\_\_\_ **Stunden gegessen** werden.

Uhrzeit der Entlassung \_\_\_\_\_

Brechreiz, Brennen im Rachenraum oder Schmerzen durch die verbliebene Luft in Magen und Darm sind vorübergehend und kein Grund zur Beunruhigung. Bitte informieren Sie aber sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Schmerzen, Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, Erbrechen von Blut, blutige Durchfälle** oder

auftreten. Die Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine **sofortige Abklärung**.

**Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an unsere Praxis/ Klinik, Tel.: \_\_\_\_\_  
 oder an Ihren Hausarzt bzw. die nächstgelegene Klinik.**

### Weitere Empfehlungen:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

### ERKLÄRUNG PATIENTIN/PATIENT

Wer wird Sie, wenn nötig, abholen, sobald Sie entlassen werden?

\_\_\_\_\_  
 Name und Alter des Abholers

Wo sind Sie 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Name und Alter der Aufsichtsperson

Wer ist Ihr überweisender Arzt/Hausarzt/weiter betreuender Arzt?

\_\_\_\_\_  
 Name

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

Ich habe die möglichen Anweisungen gelesen und verstanden. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer