

Etikette/Adresse

Gastroenterologie/Hepatologie

Chefarzt: Dr. med. P. Aepli

Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Telefon 041 205 21 31

Fax 041 205 21 77

gastroenterologie.luzern@luks.ch

www.luks.ch

Luzern, XXXXX

Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Anorekto-Sigmoidoskopie

DIAGNOSE:.....

Bei der **Anorekto-Sigmoidoskopie (Spiegelung bis zum Sigma-Abschnitt des Dickdarms)** werden Analkanal, Mastdarm und die untersten Anteile des Dickdarmes mit einem schlauchartigen Endoskop untersucht. Je nach Situation werden Beruhigungs- und Schmerzmittel in die Vene verabreicht, um gewisse Unannehmlichkeiten der Untersuchung (Druckgefühl) zu erleichtern.

Risiken:

In bestimmten Risikokonstellationen (z.B. starke Verwachsungen; Divertikel) kann es ganz selten einmal zu einem Darmdurchbruch (Perforation) kommen. Dies erfordert im schlimmsten Fall eine sofortige Operation.

Verhalten vor der Untersuchung:

- Darmvorbereitung gemäss abgegebenem Schema, sofern verordnet
- Absetzen von Blutverdünnern/Blutplättchenhemmern (z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Plavix, Arixtra, Eliquis, Xarelto, Pradaxa) nur nach Absprache mit Ihrem Hausarzt

Verhalten nach der Untersuchung (ambulante Patienten/-innen):

- Am Tag des Eingriffs kein Fahrzeug selber lenken.
- Besondere Symptome (Bauchschmerzen, Fieber/Schüttelfrost, Blut im Stuhl bzw. Pechstuhl) erfordern eine unverzügliche Arztkonsultation, nötigenfalls direkt auf der Notfallstation.

Ich, der/die unterzeichnende Patient/In habe vor der Untersuchung Gelegenheit, vom Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Zweck und Ablauf der oben beschriebenen Untersuchung und Behandlung in verständlicher Form informiert zu werden und meine besonderen Probleme zur Sprache zu bringen. Hierbei werde ich auch auf mögliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen.

Ich bestätige, dass ich alle meine mir bekannten Leiden, Unregelmässigkeiten und besonderen Reaktionsweisen (z.B. Allergie, Blutungs- oder Krampfneigung usw.) genannt habe, nämlich:

.....

Nach verständlicher Aufklärung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung und Behandlung einverstanden. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf eine allfällige Erweiterung oder Änderung, die sich aus intraoperativem Verlauf oder Befunden ergibt.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Patient/In

Unterschrift Arzt/Ärztin

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **medizinische** Befunde und Angaben aus Ihrer Krankengeschichte **wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung ausgewertet** werden können. Die Auswertung der Daten erfolgt streng vertraulich und **ohne** Namensnennung. Sie dient rein wissenschaftlichen Zielen.

Sind Sie mit der Verwendung Ihrer erhobenen Daten einverstanden? (Ihre Entscheidung wirkt sich in keiner Weise auf Ihre Behandlung aus)

JA

NEIN