

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](mailto:gastroenterologie.luzern@luks.ch)

[www.luks.ch](http://www.luks.ch)

Luzern, XXXXX

## Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung zur Ösophago-Gastro-duodenoskopie mit endoskopischer Anlage eines Magenschlauches (sog. endoscopic sleeve gastropasty, ESG)

(Magenspiegelung mit Magenverkleinerung zwecks Reduktion des Übergewichtes)

**DIAGNOSE:** Adipositas (allenfalls mit Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Blutzuckererkrankung etc.)

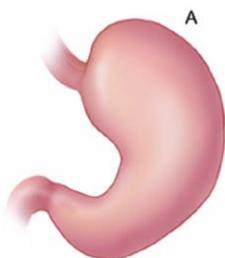
### Allgemeine Informationen

Die bis anhin eingesetzten, sogenannten konservativen Therapieansätze (z.B. Diäten, Bewegungsprogramme, Medikamente) konnten das bei Ihnen vorliegende Übergewicht leider nicht anhaltend reduzieren. Allenfalls finden sich bei Ihnen auch bereits durch das Übergewicht verursachte Folgeerkrankungen (wie z.B. Bluthochdruck oder Blutzuckererkrankung).

Daher soll nun zur anhaltenden Reduktion des Körpergewichtes mittels Spiegelung und minimal invasiv unter Einsatz eines neuartigen Nähsystems der Magen – durch die Anlage eines Magenschlauches – deutlich verkleinert werden.

Der Eingriff dauert zirka 120 Minuten, wird kurzstationär (1 Nacht im Spital) und in Vollnarkose durchgeführt. Aufgrund der Vollnarkose werden Sie vorgängig in die Sprechstunde des Anästhesiarztes aufgebeten für eine Beurteilung und ein Aufklärungsgespräch.

Falls Sie Blutverdünnungsmittel (z. B. Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Plavix) einnehmen oder falls Sie Diabetiker sind, besprechen Sie bitte die nötigen Vorkehrungen mit dem Sie behandelnden Gastroenterologen. Ggfs. muss diese Therapie für den Eingriff pausiert werden.



Magen vor dem Eingriff



Magen nach dem Eingriff

### Vorbereitung für den Eingriff

- Absetzen von allfälligen Blutverdünnern / Blutplättchenhemmern 1 Woche vor dem Eingriff
- am Vortag nur noch flüssige Kost (maximal Suppen)
- nüchtern (nichts essen und nichts trinken) ab Mitternacht am Tag des Eingriffs

### Risiken des Eingriffs

Die regelmässig nach dem Eingriff auftretenden Komplikationen wie Schmerzen und Übelkeit können mittels Medikamente meist problemlos kontrolliert werden.

Ernsthafte Komplikationen (wie schwere Blutungen, Wanddurchbruch, Infektionen) sind sehr selten. Die meisten lokalen Komplikationen können endoskopisch in derselben Sitzung behandelt werden. Eine chirurgisch behandlungsbedürftige Komplikation kann als extrem selten betrachtet werden. Komplikationen als Folge der Medikamentenverabreichung bzw. Narkose sind ebenfalls extrem selten.

### Verhalten nach der Untersuchung

- Einnehmen der vom Arzt verordneten Medikamente gegen Übelkeit und Schmerzen
- Im Falle von ungewöhnlichen Symptomen (z. B. wiederholtes Erbrechen oder Bluterbrechen, Fieber, Schüttelfrost, starke Bauchschmerzen etc.) melden Sie sich bitte direkt auf unserer Notfallstation
- Für den anhaltenden Erfolg des Eingriffes ist es von grösster Wichtigkeit, dass Sie sich an die Ihnen vom Arzt resp. der Ernährungsberatung mitgeteilten Diät-Vorschriften halten
- Die Kontroll-Untersuchungen werden bei uns am LUKS 1 und 3 Monate (bei der Ernährungsberatung am Adipositaszentrum) und 6 Monate (beim für Sie zuständigen Gastroenterologen) nach dem Eingriff stattfinden.

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 dem Untersuchungsverlauf resp. den 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