

Fragebogen Magenspiegelung

Name, Vorname:

Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

	Ja	nein
1. Haben Sie starkes Nasenbluten oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?		
2. Haben Sie „ blaue Flecken “ (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
3. Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger bluten (z.B. beim Rasieren)?		
4. Bei Frauen: Haben Sie den Eindruck, dass Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (>7 Tage) haben oder sehr häufig Tampons bzw. Binden wechseln müssen?		
5. Haben Sie längere oder schwere Blutungen während / nach Operationen oder Zahnbehandlungen gehabt (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Geburt)?		
6. Haben sie während Operationen Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?		
7. Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkeln, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung ?		

Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom® , Marcoumar® , Xarelto® , Eliquis® , Pradaxa® , Lixiana®) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin® , Plavix® , Clopidogrel® , Prasugrel® , Efient® , Brilique® , etc. oder Grippemittel , Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche:		
2. Haben Sie eine Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion gegen Medikamente, Latex, lokale Betäubungsmittel, Heftpflaster? Wenn ja, welche:		
3. Leiden Sie an einem Herzklappenfehler , an einer Herz- oder Lungenkrankheit ? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditisprophylaxe (grün / rot)?		
4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein Metallimplantat ?		
5. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt?		
6. Sind Sie Diabetiker/in ?		
7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?		
8. Haben Sie lockere Zähne , eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit ? Tragen Sie ein Zungenpiercing ?		
9. Tragen Sie Kontaktlinsen ?		
10. Haben Sie im Zusammenhang mit früheren Anästhesien ein Ausweis oder Informationen über spezielle Risiken erhalten?		
11. Haben Sie Operationen gehabt? Wenn ja, welche:		
12. Nehmen Sie Medikamente ? Wenn Ja, welche:		
13. Rauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel:		
14. Gewicht: Kg Grösse: cm		

Einverständniserklärung Magenspiegelung

Name, Vorname:

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen und den Fragebogen nach bestem Gewissen ausgefüllt

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Untersuchung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der selben habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden

Ja

Nein

(Zutreffendes ankreuzen)

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Ort, Datum	Unterschrift Arzt
------------	----------------------	------------	-------------------

Name Patient

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Ort, Datum	Unterschrift	Ort, Datum	Unterschrift Arzt
------------	--------------	------------	-------------------

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch:

Schweiz. Gesellschaft
für Gastroenterologie SGG



Verbindung der Schweizer
Ärztinnen und Ärzte FMH



Stiftung Patientenschutz
SPO

