

# Fragebogen Darmspiegelung

Name, Vorname:

## Fragen zur Abklärung der Blutungsneigung:

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

## Fragen nach Medikamenten, Allergien, Begleiterkrankungen:

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

# Einverständniserklärung Darmspiegelung

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

