



## INFORMATIONSBLETT FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN ZUR MAGENSPIEGELUNG (ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE)

Name:

Geburtsdatum:

### VOR DER UNTERSUCHUNG:

- Ich bitte Sie, ab 18 Uhr des Vortags keine festen Speisen mehr zu sich nehmen.
  - **Ausnahme:** Patienten mit Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) können an verzögerter Magenentleerung leiden. Deshalb bitte ich Sie, sollten Sie an Diabetes erkrankt sein, bereits ab 14 Uhr des Vortags keine festen Speisen mehr zu sich zu nehmen.
- Flüssige Nahrungsmittel können bis am Abend am Tag vor der Untersuchung konsumiert werden. In Ausnahmefällen kann 100ml reines Leitungswasser bis 2h vor der Untersuchung getrunken werden – teilen Sie mir dies vor der Untersuchung unbedingt mit.
- Erscheinen Sie bitte nüchtern zur Untersuchung – das bedeutet kein Frühstück, keine Flüssigkeiten und keine Tabletteneinnahme.
- Hinsichtlich der vorbestehenden Medikation, insbesondere Blutverdünnung, werden Sie im Rahmen des Arztgesprächs individuell über das Vorgehen informiert – eventuell müssen Medikamente länger im Voraus pausiert werden.
- Bringen sie unbedingt den Aufklärungsbogen zur Untersuchung mit
- Bitte bringen Sie keine Wertgegenstände zur Spiegelung mit, wir können hierfür keine Haftung übernehmen.
- Die Aufklärung mit dem Arzt ist Ihre Möglichkeit, alle Unklarheiten oder Fragen auszuräumen.

### DIE UNTERSUCHUNG SELBST:

Mit einer „Magenspiegelung“ bin ich in der Lage, die Speiseröhre, den Magen sowie den Zwölffingerdarm zu untersuchen. Hierzu verwende ich einen dünnen Schlauch, der von außen bewegt werden kann. An der Spitze sitzt eine Kamera, welche die Bilder auf einen Monitor überträgt. Um die Organe zu entfalten und besser beurteilen zu können wird Luft eingeblasen.

Sie bekommen zu Beginn Tropfen, die die Untersuchungsbedingungen verbessern sowie eine Spray, der den Rachen betäubt. Zahnprothesen müssen für die Untersuchung herausgenommen werden, ein Zahnschutz aus Plastik wird eingesetzt.

Vor dem Untersuchungsbeginn lege ich Ihnen einen venösen Zugang, über welchen ein schlafanstoßendes Medikament (=Sedierung) gegeben werden kann. Sollten gegen Dormicum®, Buscopan® oder Propofol® bekannte Allergien vorliegen, bitte ich Sie, diese im Fragebogen unbedingt zu vermerken. Während der Sedierung werden Ihre Atemfunktion und Ihr Puls überwacht.

Die Vorteile der schlafanstoßenden Medikation sind die bessere Verträglichkeit der Untersuchung für den Patienten sowie eine verkürzte Untersuchungszeit (circa 10 Minuten). Grundsätzlich ist die Magenspiegelung nahezu schmerzfrei, auch Proben, die eventuell entnommen werden müssen, werden in aller Regel nicht verspürt.

### KOMPLIKATIONEN:

Insgesamt ist eine Magenspiegelung eine Routineuntersuchung mit sehr wenigen Risiken die zusätzlich selten auftreten. Jedoch können, wie bei jedem medizinischen Eingriff, Komplikationen auftreten, die in Ausnahmefällen auch lebensbedrohlich sein können:

- Zahnschäden, vor allem bei lockeren Zähnen
- Allergische Reaktionen
- Komplikationen durch den venösen Zugang und Lagerung (Weichteilinfekte, Vernarbungen, Nervenausfälle, Missempfindungen, Schmerzen, Funktionseinbußen des Arms, Absterben von umliegendem Gewebe).
- Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Blähungen, Brechreiz, Schmerzen
- Verletzungen der untersuchten Organe (inkl. Mundhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm bishin zur Lochbildung = Perforation) sowie der Nachbarorgane. Dies kann bis zu einer Operation führen und lebensbedrohliche Komplikationen hervorrufen.
- Blutungen sind selten, können jedoch spontan oder nach Probenentnahmen auftreten. Diese werden, wenn möglich, lokal behoben (mittels Metallklemme, s.g. Clip). Umso wichtiger ist Ihre Information über bestehende blutverdünnende Medikamente oder bestehende Gerinnungsstörungen. Selten ist bei einer Blutung eine Operation die Folge.



- Mageninhalt kann, sollten Sie zur Magenspiegelung nicht nüchtern kommen, in die Lunge gelangen, wodurch Atemstörungen, eventuell eine Lungenentzündung, auftreten können. Selten kann diese Komplikation auch nach eingehaltener Nüchternphase auftreten.
- Infektionen und Keimverschleppung in die Blutbahn (sehr selten) bis hin zur Herzinnenwandentzündung (Endokarditis), Mittel-, Rippfell- oder Bauchfellentzündung die intensivmedizinisch behandelt werden müssen.
- Gestörter Kreislauf oder Atmung bishin zum Atem- oder Kreislaufstillstand inkl. bleibender Organschädigungen.

### NACH DER UNTERSUCHUNG:

- Nachdem ihr Rachen mit einem Spray betäubt wird, dürfen sie bis 2 Stunden nach der Untersuchung weder essen noch trinken! (Gefahr des Verschluckens!).
- Eine Begleitperson muss Sie nach der Untersuchung abholen, eine Überwachungsphase in unserer Ordination von zumindest einer Stunde muss eingehalten werden.
- Sollten Sie schlafanstoßende Medikamente während der Untersuchung erhalten haben, dürfen Sie für 24 Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen oder Alkohol konsumieren. Zusätzlich sind Sie in diesem Zeitraum nicht geschäftsfähig. Führen Sie keine für sich oder andere gefährlichen Tätigkeiten im genannten Zeitraum aus.
- Leichte Beschwerden wie Heiserkeit, Aufstoßen oder Schluckbeschwerden legen sich innerhalb weniger Stunden wieder.
- Bei Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Bauchschmerzen, Blutungen (Frischblut oder schwarzer dünnflüssiger Stuhl) oder Atembeschwerden im Anschluss an die Untersuchung suchen Sie umgehend einen Arzt auf oder stellen Sie sich sofort in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses vor – auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach der Untersuchung auftreten.
- Einen vollständigen Arztbrief inkl. aller Befunde und therapeutischen Folgen erhält ihr Hausarzt. Ich bitte um die Befundbesprechung beim Hausarzt. Sollten die Befunde der entnommenen Proben akuten Handlungsbedarf ergeben, melde ich mich telefonisch bei Ihnen.

### DER TERMIN:

- Kommen Sie bitte pünktlich zur Untersuchung – 15 Minuten vor dem Untersuchungszeitpunkt.
- Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie, sich rechtzeitig unter 05522/36400 zu melden, damit ein anderer Patient diesen Termin erhalten kann. Bei Terminabsage müssen Sie damit rechnen, einige Wochen auf einen Ersatztermin warten zu müssen.

### FRAGEBOGEN:

Name:

Geburtsdatum:

Größe:

cm

Gewicht:

kg

1. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine Blutungsneigung? Neigen Sie zu langem Nasenbluten, Zahnfleischbluten, Blutergüssen, verlängerter Menstruationsblutung (>1 Woche), Blutungen nach Zahnbehandlungen oder Operationen? Mussten sie bereits mit Bluttransfusionen behandelt werden? (Zutreffendes bitte unterstreichen)  NEIN  JA
2. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein?  NEIN  JA  
(insbesondere Aspirin®, Plavix®, Brilique®, Efixent®, Marcumar®, Sintrom®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Schmerzmittel wie Voltaren®, Seractil® etc.)? (Zutreffendes bitte unterstreichen)



Bitte tragen Sie hier alle Ihre Medikamente ein:

---

---

3. Wurden Sie bereits operiert?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche Operation ist erfolgt? \_\_\_\_\_
4. Leiden Sie an:
- Allergien (vor allem Medikamente, Pflaster, Latex)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Herz-Kreislaufkrankungen inkl. Herzrhythmusstörungen?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, Schlafapnoe etc.)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Nervensystems (insbesondere Epilepsie)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Stoffwechselkrankheiten (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüse)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Chronischen Infektionskrankheiten (Hepatitis B, C; HIV, TBC)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Augenerkrankungen (insbesondere grüner Star)  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Ist bei Ihnen bereits eine Magenspiegelung erfolgt?  NEIN  JA  
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_
6. Tragen Sie Implantate im Körper (Prothesen, Schrittmacher etc.)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
7. Haben Sie Besonderheiten hinsichtlich Ihrer Zähne (Prothesen etc.)?  NEIN  JA  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Neigen Sie zu ausgeprägtem Würgereiz?  NEIN  JA
9. **Nur für Frauen:** Könnten Sie schwanger sein?  NEIN  JA



**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE („Magenspiegelung“):**

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Persönlich wurde ich am \_\_\_\_\_ von Dr. Christoph Mayerhofer, Facharzt für Innere Medizin, aufgeklärt und habe alle Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen.

Besprochen wurde der Grund der Untersuchung, die Auswahl des Verfahrens inkl. Alternativen, der Ablauf der Untersuchung sowie die Maßnahme vor und nach der Spiegelung, das Risiko, die Nebenwirkungen und Komplikationen bis hin zu lebensbedrohlichen Verläufen, Besonderheiten die das Risiko negativ beeinflussen können sowie die potentielle Notwendigkeit von Folgeeingriffen oder Nebeneingriffen. Ich bin damit einverstanden.

Ich, der/die Unterzeichnende, habe die Aufklärung vollständig gelesen und verstanden und den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Die Aufklärung erfolgte vollinhaltlich, ich fühle mich ausreichend informiert und ich habe keine weiteren Fragen (die entstandenen Fragen konnten zur vollen Zufriedenheit beantwortet werden). Ich willige in den Eingriff nach ausreichender Bedenkzeit ein. Mit meiner Unterschrift willige ich in alles i.R. dieser Aufklärung Genannte / Verschriftlichte ein.

Anmerkungen der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmerkungen durch den Arzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ich wünsche eine Sedierung, das Risiko sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen und Einschränkungen habe ich verstanden. Ich werde mich nach der Untersuchung abholen lassen.
- Ich bin mit der Magenspiegelung (Ösophagogastroduodenoskopie) inklusive eventuell nötiger Gewebeprobenentnahmen einverstanden.

Feldkirch, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Dr. Christoph Mayerhofer)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Patientin/Patient oder  
gesetzlicher Vertreter)