ENDOVIA
GASTROENTEROLOGIE

Fragebogen und Einverständniserklärung

(bitte am Vortag unterschreiben)

Vorname, Name, Geburtsdatum:
Untersuchungsdatum:

	Ja	Nein
Haben Sie starkes Nasen- oder Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?		
Haben Sie «blaue Flecken» (Hämatome) oder kleine Blutungen auf der Haut ohne ersichtliche Verletzungen?		
Haben Sie längere oder schwere Blutungen bei oder nach Operationen gehabt (z.B. Mangel- oder Blinddarmoperation, Zahnbehandlung, Geburt)?		
Besteht in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Grosseltern, Onkel, Tante) eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Xarelto, Marcoumar, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix Clopidogrel, Brilique)?		
Haben Sie in den letzten 7 Tage Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche?		
Haben Sie eine Allergie / Überempfindlichkeit (gegen Latex, Soja, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel, Heftpflaster)? Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer Herz- oder Lungenkrankheit? Haben Sie einen Ausweis zur Endokarditis-Prophylaxe?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder Metallimplantat?		
Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt		
Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese der eine Zahnkrankheit?		
Sind Sie Diabetiker/in?		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		

Ich wurde durch die Ärztin / den Arzt über den Grund (Indikation) für des Enddarms inkl. der lokalen Behandlung von Hämorrhoiden aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Enddarmspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Enddarmspiegelung einverstanden		
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden und weiss, dass ich danach 12 Stunden kein Fahrzeug und keine Verträge unterschreiben darf		

Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift Ärztin/Arzt

ENDOVIA AG I Praxis für Gastroenterologie Luzern I Hertensteinstrasse 50 I 6004 Luzern
T +41 41 226 05 00 I endovia.luzern@hin.ch I www.endovia.ch