



FaV aktiviert?

nein

ja

Patient/Patientin: _____, geb. am _____

Fragebogen zur Magenspiegelung

- bitte ausfüllen -

Um eine problemlose Magenspiegelung zu gewährleisten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Bitte die zutreffenden Felder ankreuzen und ggf. die entsprechenden Fragen beantworten.

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Beschwerden?

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Durchfall (mehr als 5 dünne Stühle täglich) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| ungewollter Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| andere Gründe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: |

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzklappenfehler / Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Durchblutungsstörung der Herzgefäße | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schlafapnoe-Syndrom (Atempausen nachts) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporose (Knochenerweichung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hepatitis B/C oder HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Allergie gegen Medikamente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: |
| Allergie gegen Soja oder Erdnüsse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Haben Sie eine(n):

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Zahnprothese oder Hörgerät | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Blutverdünner wie Markumar; Xarelto etc. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Aspirin / ASS / Acetylsalicylsäure | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Clopidogrel (Plavix oder Iscover) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Insulin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Diabetestabletten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: |

andere Medikamente

nein

ja, welche:

Spezieller Fragebogen zur Abklärung einer Blutungsneigung

- Haben Sie immer mal wieder starkes Nasenbluten ohne ersichtlichen Grund? nein ja
- Haben Sie starkes Zahnfleischbluten beim Zähneputzen? nein ja
- Haben Sie auf der Haut wiederholt ohne Grund „blaue Flecken“ (Blutergüsse) beobachtet? nein ja
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleineren Verletzungen der Haut länger bluten? nein ja
- Haben Sie eine verlängerte Menstruationsblutung (> 7 Tage)? nein ja
- Haben Sie eine verlängerte Blutung während oder nach einer Zahnentfernung gehabt? nein ja
- Haben Sie verlängerte oder schwere Blutungen bei oder nach operativen Eingriffen gehabt? nein ja
- Haben Sie Bluttransfusionen während oder nach Operation erhalten? nein ja
- Sind Ihnen bei Familienangehörigen Erkrankungen mit vermehrter Blutungsneigung bekannt? nein ja

Patient:

.....
Unterschrift

Vereinbarung

zwischen der Praxis Reymann
und
Patient: _____, geb. am _____

Sehr geehrte(r) Patient (in),

da in letzter Zeit vermehrt fest vereinbarte Termine für Magen- und Darmspiegelungen von Patienten nicht eingehalten wurden, sehen wir uns gezwungen zukünftig in derartigen Fällen 50.- Euro für die Vorhaltung und Bereitstellung von Personal, Geräten, Untersuchungsmaterialien und Labormaterialien in Rechnung zu stellen. Sie können uns jederzeit per Telefon, Fax oder Email benachrichtigen.

Einverständniserklärung:

Ich erkläre hiermit, die Praxis Reymann spätestens drei Tage vor dem vereinbarten Untersuchungstermin zu benachrichtigen, falls der Gastroskopie Termin von mir aus persönlichen Gründen nicht wahrgenommen werden kann.

Ich bin damit einverstanden **50.- Euro** zu zahlen, falls der vereinbarte Termin für die Magen- oder Darmspiegelung ohne vorherige Absage von mir nicht wahrgenommen wird.

Mühlacker, den _____, Patient:

.....
Unterschrift

Information zur Magenspiegelung

Sie möchten eine Magenspiegelung durchführen lassen. Die Ihnen vorliegende Patienteninformation erläutert vorab über wichtige Aspekte der Untersuchung.

Bei der Magenspiegelung, die nicht schmerzhaft ist, wird ein dünner, biegsamer Schlauch (Gastroskop) durch die Mundhöhle vorsichtig in den Magen und in den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Der Rachen wird vorher örtlich betäubt.

Am Tag der Untersuchung müssen Sie nüchtern sein. Drei Stunden vor der Untersuchung dürfen Sie nichts mehr trinken und mindestens sechs Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen.

Während der Untersuchung wird routinemäßig mit winzigen Zangen Gewebe entnommen, was schmerzlos ist. Beim Einführen des Gastroskops kann ein Würgereiz auftreten, der sich aber gut beherrschen lässt. Während der Untersuchung wird Luft in den Magen gegeben, was zu Aufstoßen führen kann, aber unproblematisch ist. Komplikationen bei der Magenspiegelung wie z.B. Gebisssschäden oder Beeinträchtigungen von Atmung und Kreislauf durch die Beruhigungsspritze oder Kurzzeitnarkose treten sehr selten auf.

In sehr seltenen Fällen kann bei der Untersuchung ungewollt etwas Urin abgehen. Aus diesem Grunde empfehlen wir vorsichtshalber eine Unterhose und eine Hose zum Wechseln mitzubringen. Da manchmal bei der Untersuchung Magensaft hochgewürgt wird, sollten Sie **zwei Handtücher** und eine frische Bluse oder ein frisches Hemd zum Wechseln mitbringen.

Wenn Sie sich eine Narkosespritze geben lassen, **müssen** Sie von einer Vertrauensperson nach Hause begleitet werden.

Sie dürfen innerhalb der folgenden 24 Stunden nach der Spritze kein Fahrzeug steuern und keine Maschinen bedienen. Zuhause muss eine Person zu Ihrer Beobachtung in der Nähe sein.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben, wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Sollten nach der Untersuchung Beschwerden auftreten, erreichen Sie uns bis 18:00 Uhr unter Telefon: 07041/8186200, 07041/1550050 oder 0163/1747164.

Ab 19:00 Uhr wochentags und an den Feiertagen ganztags erreichen Sie die Notfallpraxis Mühlacker, Hermann-Hesse-Str. 34 unter Telefon 07041/116 117.

Hinweis zu Ihren Medikamenten

Wenn nicht anders mit dem Arzt besprochen, können Sie ihre Medikamente wie gewohnt vor der Untersuchung einnehmen. Antidiabetika sollten 2 Tage vor der Magenspiegelung abgesetzt werden.

Zu gerinnungshemmenden Medikamenten wie Markumar werden mit dem Arzt besondere Absprachen getroffen.

Information zur Kurzzeitnarkose

Magenspiegelungen können auch ohne Narkose durchgeführt werden, ohne dass das Wohlbefinden wesentlich beeinträchtigt wird. So können die sehr seltenen aber möglichen medikamentenbedingten Nebenwirkungen der Kurzzeitnarkose wie Blutdruckabfall oder vorübergehender Atemstillstand vermieden werden.

Weg zu unseren Praxisräumen in der Klinik

Unsere Magen- und Darmspiegelungen finden ausschließlich in unserer **Zweigpraxis** im Erdgeschoss des **Krankenhaus Mühlacker, Hermann-Hesse-Straße 34** statt. So finden Sie zu uns:

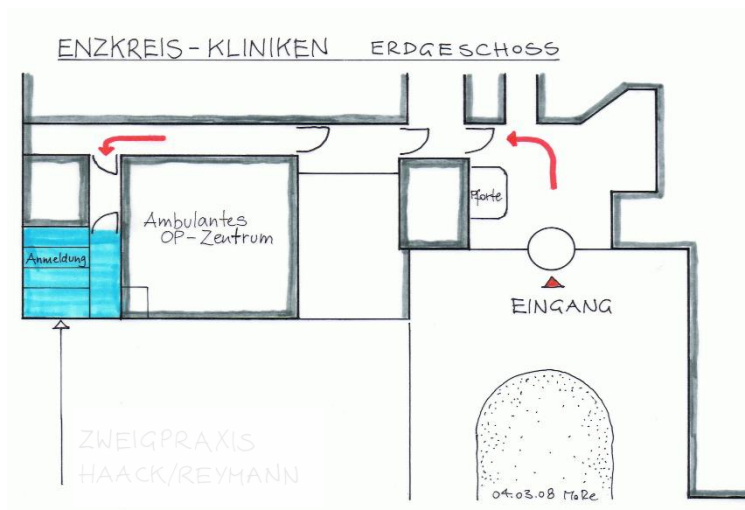
Mit dem PKW:

Auf der B10 zwischen Mühlacker und Illingen am Abzweig „Enzkreis-Kliniken“ abbiegen, der Hermann-Hesse-Strasse folgen und die erste Strasse rechts zu den Parkplätzen abbiegen. Parkplätze stehen auf dem beschränkten Parkplatz ausreichend zur Verfügung. Geringe Parkgebühren fallen an.

Mit dem ÖPNV:

Buslinie 105/106 und 576 nehmen, Abfahrt Bahnhof Mühlacker, und an der Haltestelle „Enzkreis-Kliniken“ aussteigen.

In der Klinik gehen Sie nach der Pforte links und folgen dem Gang geradeaus durch drei Glastüren. Am Ende des Gangs gehen Sie erneut links. Hinter der zweiten Türe befindet sich die Anmeldung unserer Praxis (siehe Wegeplan).



ENDOSKOPIE

Hier kommen Sie an

Einverständniserklärung

- am Untersuchungstag bitte ausgefüllt mitbringen -

1. Das persönliche Aufklärungsgespräch fand statt am _____ mit dem Arzt Dr. Reymann.
2. Zur Magenspiegelung und über die besonderen Risiken der Kurznarkose wurde ich umfassend informiert und ich möchte die Untersuchung durchführen lassen. JA NEIN
3. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich nach der Kurznarkose von einer Begleitperson abgeholt werden muss und kein und Kraftfahrzeug führen darf. JA NEIN
4. Ich wünsche eine **Kurznarkose**: JA NEIN
5. Ich wünsche einen **Laktose-Biopsietest**: JA NEIN
6. Ich wünsche einen **COVID-19 (Corona) Antigen-Schnelltest** JA NEIN

Mühlacker, den _____, Patient:

.....
Unterschrift

CHECKLISTE

- haben Sie an alles gedacht bevor Sie zur Magenspiegelung kommen? –

- Pünktlich zum vereinbarten Untersuchungstermin in der Klinik sein
- Zwei Handtücher mitbringen
- Warme Socken mitnehmen

- Ersatz-Unterwäsche, eine Hose und eine Bluse/ein Hemd mitbringen
- Unterschriebene Einverständniserklärung für die Magenspiegelung mitbringen
- Vertrauensperson zur Begleitung und für Heimtransport mitbringen
- Bei schlechten Deutschkenntnissen Übersetzer mitbringen
- Sofern beim ersten Informationsgespräch noch nicht vorgelegt:
 - Ergebnisse von Voruntersuchungen (Magen/Darm)
 - Medikamentenpläne
 - Patientenpässe etc. mitbringen
- Bei Quartalswechsel Versichertenkarte und neue Überweisung mitbringen

Milchzucker-Unverträglichkeit (Laktoseintoleranz)

Schnelltest aus Dünndarmgewebe mittels Laktase-Biopsie-Test

Bei einer Laktoseintoleranz werden milchzuckerhaltige Nahrungsmittel nicht verdaut und der nicht aufgenommene Milchzucker wird im Darm bakteriell zersetzt. Das kann zu Beschwerden wie Brechreiz, Blähungen, Völlegefühl, Bauchkrämpfe, Bauchschmerzen und Durchfällen führen.

Die Laktoseintoleranz wird üblicherweise über den H₂-Atemtest diagnostiziert. Für den Atemtest müssen Sie einen Praxisaufenthalt von 3-4 Stunden einplanen, vorher die Laktose-Testsubstanz in der Apotheke kaufen, am Untersuchungstag die Testlösung trinken und in regelmäßigen Abständen in ein Messgerät pusten. Die Kosten für den „klassischen“ H₂-Atemtest auf Laktoseintoleranz werden von allen Kassen übernommen.

Beim Laktose-Schnelltest aus Dünndarmgewebe entsteht für Sie kein weiterer Aufwand. Neben den üblichen Gewebeproben entnehmen wir für den Test eine zusätzliche Gewebeprobe aus dem Dünndarm. Das Testergebnis liegt innerhalb von 20 Minuten vor und kann direkt nach der Magenspiegelung mit Ihnen besprochen werden. Die Kosten für den neuartigen Laktase-Biopsie-Test werden von den Kassen nicht übernommen.

Wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und den Laktoseintoleranz-Schnelltest wünschen, stellen wir Ihnen für den Test einschließlich Sachkosten 40 EURO nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. Der Betrag muss vor Untersuchungsbeginn bar gezahlt werden. Einen Rechnungsbeleg stellen wir Ihnen aus.

COVID-19 Antigen-Schnelltest

Mit dem Schnelltest kann eine Infektion mit dem „Coronavirus“ ausgeschlossen werden. Während der Narkose können wir den Abstrich aus dem Nasen-Rachenraum vornehmen, so dass die Testung für Sie nicht unangenehm oder schmerzhaft ist.

Die Kosten für den Test werden von den Kassen nicht übernommen. Für den Test einschließlich Sachkosten stellen wir 40 EURO nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung.

Der Betrag muss vor Untersuchungsbeginn bar gezahlt werden.

Einen Rechnungsbeleg und ein Testat über das Untersuchungsergebnis stellen wir Ihnen aus.

Bewertung der Untersuchung

Wir haben bei Ihnen eine Magenspiegelung durchgeführt. Ihre Erfahrungen mit unserer Praxis dürfen Sie gerne anderen mitteilen. Nutzen Sie dazu die entsprechenden Internetportale wie z.B.:

www.arzt.weisse-liste.de oder **www.jameda.de**

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich

Patient: _____, geb. am _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Jörg Reymann meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Detaillierte Patienteninformationen zum Datenschutz gemäß Artikel 13 und 14 der DSGVO hängen im Wartezimmer der Praxis aus. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis angeboten, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann

über den Umfang und die Art meiner Daten

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings und dem Einsatz von FAX-Geräten ohne Verschlüsselungstechnologie und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Mühlacker, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

WICHTIG:

Sollten Sie den vereinbarten Gastroskopietermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns mindestens 3 Tage vorher Bescheid zu geben, damit wir den Termin noch anderweitig vergeben können !!!