

Fragebogen und Einverständniserklärung zur Magenspiegelung

	Ja	Nein
1. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, etc. oder Grippemittel, Schmerzmittel oder Rheumamittel eingenommen? Wenn ja, welche?		
2. Haben Sie eine Allergie/ Überempfindlichkeitsreaktion (gegen Medikamente, Latex, Heftpflaster)? Wenn ja, welche?		
3. Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer schweren Herz- oder Lungenkrankheit? Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator/Metallimplantat?		
4. Sind Sie Diabetiker/in?		
5. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz) bekannt?		
6. Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit?		
7. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		
8. Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger als andere bluten? Besteht in Ihrer Familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung?		
9. Besteht bei Ihnen eine chronisch-infektiöse Erkrankung? (z. B. Hepatitis, HIV-Infektion oder andere, wenn ja, welche?)		

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

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

	Zutreffendes ankreuzen	Ja	Nein
Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung einverstanden.			
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.			

In unserer Praxis rechnen wir direkt elektronisch mit Ihrer Krankenkasse ab (Tiers payant). Als Patient/Patientin erhalten Sie allenfalls von Ihrer Krankenkasse noch eine Rechnung für Ihren Selbstbehalt oder die Franchise. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Rechnungskopie erhalten. Diese wird Ihnen per E-Mail zugestellt. Bei Rechnungsstellung an Sie erklären Sie sich bereit, diese innert 30 Tagen zu begleichen.

Name Patient / -in

Dr. Piccoli / Dr. Vorndamm

Ort, Datum

Unterschrift Patient / -in

Ort, Datum

Unterschrift