



Anamnesebogen / Koloskopie

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

<u>Grund der Untersuchung</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Letzte Darmspiegelung ca.: _____		
Familiäre Belastung Darmkrebs/Polypen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sichtbares Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positiver Bluttest im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polyp nachgewiesen/Kontrolle nach Polypentfernung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontrolle nach Darmkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfälle (mehrmals in der Woche flüssig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wechselhafter Stuhlgang.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkter Meteorismus (Blähungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anämie (Blutarmut) unklarer Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtsabnahme unklarer Ursache.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr aktuelles Gewicht: _____ kg, Größe: _____ cm

Andere Beschwerden: _____

Welche Person soll im Notfall benachrichtigt werden:

_____ Tel.: _____

Nennen Sie bitte Ihren **Hausarzt (Name und Anschrift)**, dieser bekommt einen Befund von uns zugeschickt! :



Leiden Sie an einer übertragbaren Krankheit?

Ja

Nein

Hepatitis B

Hepatitis C

HIV (Aids)

Andere: _____

Leiden Sie an einer Herz/Kreislauf Erkrankung?

Ja

Nein

Hoher Blutdruck (Arterieller Hypertonus)

Herzschwäche

Herzrhythmusstörungen

Herzschrittmacher oder Defibrillator

Herzklappenfehler

Haben Sie einen Herzklappenersatz

Erkrankung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris).....

Zustand nach Herzinfarkt.....

Zustand nach Bypass-Operation

Zustand nach Stenteinlage

Wurde Ihnen der Blinddarm entfernt

Leiden Sie an einer Erkrankung der Lunge/Atemwege? Ja

Nein

Chronische Bronchitis.....

Asthma

Emphysem.....

Besitzen Sie einen Anästhesieausweis.....



Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen? Ja Nein

- Insulinpflichtige Blutzuckerkrankheit.....
- Nicht insulinpflichtige Blutzuckerkrankheit.....
- Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung
- Grüner Star (Glaucom)
- Multiple Sklerose (MS)
- Parkinson.....
- Zustand nach Schlaganfall
- Chronische Niereninsuffizienz
- Sind Sie Dialysepatient?.....
- Zustand nach Brustkrebs.....
- Zustand nach Unterleibsoperation.....
- Zustand nach Chemo-/Strahlentherapie.....

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

- Soja-Eiweiß Allergie
- Latexallergie.....

Sonstige Allergien: _____

Medikamenteneinnahme? Ja Nein

- Marcumar/Xarelto/Eliquis/Lixiana
- Aspirin (ASS)/ Clopidogrel

Andere: _____

Datum, Unterschrift Patient: _____

Datum, Unterschrift Arzt: _____



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Koloskopie

- **Die Darmspiegelung (Coloskopie)** ist die genaue Untersuchung des kompletten Dickdarmes vom After aus bis zum Blinddarm und dem hier endenden Dünndarm. Sie wird mit einem flexiblen Instrument durchgeführt und erlaubt die direkte, natürliche Betrachtung. Da es sich um eine ausgedehnte Untersuchung handelt, wird der Arzt mit dem Patienten vorher ein Gespräch führen.

- **Gründe der Untersuchung:** z.B. Abklärung von Bauchschmerzen unklarer Ursache, Verdacht auf Entzündung, Blut im Stuhl (Krebsvorsorgetest), Dickdarmpolypen oder Dickdarmtumor, Krebsnachsorge nach Operationen.

- **Voruntersuchung und Vorbereitung:** Zur Voruntersuchung genügt eine Blutentnahme, damit Blutbild und Gerinnung bestimmt werden. Die Vorbereitung für die Darmreinigung kann zu Hause nach einem exakten Plan für Diät und Einnahme der verordneten Abführmittel durchgeführt werden. Bitte halten Sie sich in allen Einzelheiten an diesen Plan.

- **Durchführung:** Wenn Sie zur Untersuchung in die Praxis kommen, sind Sie bereits komplett vorbereitet. Sie liegen auf einer Untersuchungs- und bekommen ggf. eine Beruhigungsspritze. Die Spiegelung dauert ca. 20 Minuten.
Während der Untersuchung können Gewebeproben entnommen werden oder endoskopische Eingriffe (Abtragung von Polypen zur Krebsvorsorge) durchgeführt werden.
Wie lange Sie in der Praxis bleiben, hängt vom Befund ab. Falls Sie eine Schlaf-/Beruhigungsspritze erhalten, sind Sie für 24 Stunden nicht verkehrstüchtig und Sie sollten sich von einer Begleitperson abholen lassen.

- **Juristische Aufklärung und Einverständnis:** Die Coloskopie ist heute eine Standardmethode und wird tausendfach angewandt. Bei Untersuchungen dieser Art treten sehr selten Komplikationen auf. Ernste Komplikationen werden mit einer Häufigkeit von weniger als 1:10.000 bis 20.000 angegeben. Bei einem Eingriff sind Komplikationen eher möglich.
Denkbar sind insbesondere Verletzungen der Darmwand und Blutungen, die eine evtl. Operation erforderlich machen können. Durch die Injektion eines Beruhigungsmittels kann es zu Herz-Kreislaufproblemen, bzw. Beeinträchtigung der Atemfunktionen bis zum Atemstillstand, Herzrhythmusstörungen oder Herzstillstand kommen. Außerdem gibt es die Möglichkeit allergischer Reaktionen. Ihr Reaktionsvermögen wird für ca. 24 Std. beeinträchtigt sein. Sie sollten sich daher von einer Begleitperson abholen lassen. Sie gelten am Tag der Untersuchung als nicht geschäftsfähig oder fahrtüchtig.

- **Übermittlung eines Befundberichtes:** Mit der Übermittlung eines Befundberichtes an den Zuweiser u./o. Hausarzt bin ich einverstanden (**falls nicht, bitte hier streichen UND ausdrücklich mitteilen!!**)

- **Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.**
Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente? nein ja, gegen _____
Sind Sie schwanger? nein ja
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? nein ja Marcumar Aspirin andere
Haben Sie einen grünen Star (Glaukom) der Augen? nein ja _____
Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionserkrankung? nein ja Hepatitis Aids andere
Wenn Sie noch Fragen haben oder weitere Einzelheiten wissen möchten, geben wir Ihnen gerne weitere Auskunft. _____

Am Untersuchungstag bitte nicht rauchen!

- Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.

Dieses Dokument wurde dem Patienten nach dem Gespräch im Original ausgehändigt!

Unterschrift Arzt _____

Datum _____

Unterschrift Patient _____

**Dr.med.
Inga Grimm**
Fachärztin für
Allgemeinmedizin/
Palliativmedizin

**Dr. med.
Petra Jessen**
Fachärztin für
Innere Medizin/
Gastroenterologie/
Proktologie



Erdbeerfeld 8
24161 Altenholz
☎ 0431-329630
☎ 0431-328038

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Magen-Darm-Polypen

- **Der Dickdarmkrebs** ist in Deutschland mit über 50 000 Fällen im Jahr die häufigste bösartige Erkrankung (Statistisches Bundesamt Wiesbaden).
Er entsteht jedoch nicht spontan, sondern in der Regel aus einer gutartigen Vorstufe, einem sog. Polypen, der sich über mehrere Jahre entwickelt.

- Diese Polypen können bei einer endoskopischen Untersuchung mit einer elektrischen Schlinge abgetragen werden, um eine Krebsbildung zu verhindern.
Die endoskopische Abtragung ist der kleinste machbare Eingriff. Er tut nicht weh und erspart in der Regel einen großen chirurgischen Eingriff.

- Die dabei entstehende Wunde hat jedoch leider grundsätzliche Komplikationsmöglichkeiten: die beiden wichtigsten sind:
 1. **Blutung**
 2. **Perforation** (die Darmwand wird zu dünn, bekommt ein Loch) mit nachfolgender Bauchfellentzündung wie bei einer durchgebrochenen Blinddarmentzündung.
 3. **Verletzung umliegender Organe** (z.B. Milzruptur)

- Bei derartigen Komplikationen kann ein stationärer Aufenthalt und ein chirurgischer Eingriff notwendig werden. Die Häufigkeit dieser Komplikation liegt bei erfahrenen Untersuchern unter 1%.

- In der **Speiseröhre**, im **Magen** und im **Zwölffingerdarm** sind „echte“ Polypen, sog. Adenome, seltener, sie gelten jedoch auch hier als Krebsvorstufe und müssen entfernt werden.
An diesen Organen kann die Krebsbildung jedoch auch ohne diese Vorstufen stattfinden.

- **Ich willige in eine gegebenenfalls notwendige Polypektomie ein.**

Dieses Dokument wurde dem Patienten nach dem Gespräch im Original ausgehändigt!!

Unterschrift Arzt _____

Datum _____

Unterschrift Patient _____



120
Jahre
Merck
Arznei-
mittel

**Dr.med.
Inga Grimm**
Fachärztin für
Allgemeinmedizin/
Palliativmedizin

**Dr. med.
Petra Jessen**
Fachärztin für
Innere Medizin/
Gastroenterologie/
Proktologie



Erdbeerfeld 8
24161 Altenholz
☎ 0431-329630
☎ 0431-328038

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Zwischen Frau Dr.med.**Petra Jessen**, Erdbeerfeld 8, 24161 Altenholz

Im folgenden „Arzt genannt“

und

im folgenden „Patient“ genannt

wird folgendes vereinbart:

1. Patient u. Arzt haben für den _____ einen Termin zur Durchführung einer Darmspiegelung vereinbart.
2. Dem Patienten ist bekannt, dass Behandlungstermine gem. Ziff.1 durch den Arzt mit Vorlaufzeiten von mindestens drei Werktagen geplant werden müssen. Dieses hat zur Folge, dass bei Absage des Termins erst am dritten Werktag oder später vor dem Behandlungstermin der Arzt regelmäßig keine Möglichkeit mehr hat, den Termin anderweitig zu vergeben.
3. Aus diesem Grund und dem damit beim Arzt einhergehenden Schaden verpflichtet sich der Patient, an den Arzt für den Fall der verspäteten Absage (ausgenommen Krankheitsfall) oder unentschuldig nicht Erscheinens des Termins gem. Ziff.2 einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 50,00 Euro zu zahlen*. (*Dieser Betrag kann nicht von der Krankenkasse ersetzt werden.*)
4. Sie bekommen von uns ein Abführmittel ausgehändigt. Sollten Sie Ihren Termin zur Darmspiegelung absagen, dann brauchen wir das Abführmittel wieder zurück, ansonsten müssen wir Ihnen die Kosten in Rechnung stellen.

Dem Patienten wird ausdrücklich der Nachweis ermöglicht, dass ein Schaden dem Arzt überhaupt nicht entstanden ist oder dieser wesentlich niedriger ausfällt als die Pauschale, sowie dass ihn an der Tatsache kein Verschulden trifft.

Wir bitten ganz herzlich um Ihr Verständnis!

Dr. med. Petra Jessen

Datum, Unterschrift des Patienten- _____

Datum, Unterschrift Arzt- _____

Der tatsächliche entstehende Schaden beläuft sich beim Arzt auf mindestens 200,00 Euro gem. entgangener Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (sowohl für gesetzlich wie auch privat Krankenversicherte).



Sedo-Analgesie

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Sehr geehrter Herr/geehrte Frau

die bei Ihnen geplante Untersuchung: Gastroskopie/ Coloskopie erfolgt auf Wunsch in sog. Sedo-Analgesie, d. h. Sie erhalten eine intravenöse (in die Vene) Injektion zur Entspannung und Schmerzverminderung.

Nach Abgabe des Medikamentes sind Sie eingeschränkt arbeits- und verkehrsfähig, Konzentration und Reaktionsvermögen sind herabgesetzt, auch wenn Sie es nicht empfinden.

Sie sollten daher nicht mit dem eigenen PKW, Motorrad, Fahrrad, etc. zur Untersuchung kommen, sondern sich bringen lassen.

Nach der Untersuchung werden Sie bis zum Aufwachen und Abklingen der Medikamentenentwicklung in einem Ruheraum überwacht.

!Danach müssen Sie sich von einer Begleitperson oben in der Praxis abholen lassen!

Ggf. könnten Sie auch mit dem Taxi nach Hause fahren. Wegen der reduzierten Reaktionsfähigkeit dürfen Sie öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen.

Ich bestätigte mit einer Unterschrift diese Vorgehensweise.

Dieses Dokument wurde dem Patienten nach dem Gespräch im Original ausgehändigt!!

Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Befundanforderung

Ich, _____, geb. _____ wohnhaft in _____

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt, in der Praxis Dr.Jessen/ Grimm, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei _____ zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- Befundanforderungen und Befundübermittlungen dürfen elektronisch über die sichere Verbindung KV-Safenet ausgeführt werden !

Hiermit erkläre ich mit der o.g. Befundanforderung einverstanden.
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Altenholz, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzl. Vertreters



Altenholz,

PatientIn

_____, geb. _____
wohnh.: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehend Fragen

1. Wurde bei einem erstgradig Verwandten von Ihnen (Eltern, Geschwister oder Kinder) Darmkrebs festgestellt? Nein Ja
2. Wurde bei Ihnen oder bei einem Verwandten vor dem 50. Lebensjahr Darmkrebs festgestellt? Nein Ja
3. Wurden bei Ihnen oder einem Verwandten gleichzeitig oder nacheinander zwei Krebserkrankungen in einem der folgend genannten Organe festgestellt?

*Dickdarm, Dünndarm, Magen, Gebärmutter (nicht Gebärmutterhals), Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen Nein Ja
4. Gibt es in Ihrer Familie eine Person, die an Darmkrebs erkrankt ist und noch mindestens einen erstgradig Verwandten (Eltern, Geschwister oder Kinder) hat, bei dem vor dem 50. Lebensjahr eine Krebserkrankung in einem der oben genannten Organe* festgestellt wurde? Nein Ja
5. Gibt es in Ihrer Familie eine Person, die an Darmkrebs erkrankt ist und noch mindestens zwei weitere Verwandte hat, bei denen eine Krebserkrankung in einem der oben genannten Organe* festgestellt wurde? Nein Ja
6. Wurde bei einem Familienangehörigen ein Polyp (Adenom) im Dickdarm vor dem 40. Lebensjahr gefunden? Nein Ja



7. Wurden bei einem Familienmitglied zahlreiche (mehr als 10) Polypen (Adenome) im Dickdarm gefunden oder die Diagnose einer Polyposis gestellt?

Nein Ja

8. Sind in Ihrer Familie sonstige Tumorerkrankungen aufgetreten?

Wenn ja bei wem und was:

Nein Ja

Auswertung:

Wenn sie **alle Fragen mit Nein beantwortet** haben, ist nicht von einem signifikant erhöhten Darmkrebsrisiko bei Ihnen auszugehen. Sie sollten die allgemein empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen bezüglich Darmkrebs wahrnehmen.

Wenn Sie **nur Frage 1 mit Ja beantwortet** haben, besteht bei Ihnen ein familiäres Risiko für Darmkrebs, weshalb Sie etwas engmaschigere Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen sollten, als der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Welche Untersuchungen und in welchem Abstand diese durchgeführt werden sollten, besprechen Sie am besten mit Ihrem behandelnden Arzt.

Falls Sie **mindestens eine der Fragen 2-7 mit Ja beantwortet** haben, ist es möglich, dass in Ihrer Familie eine erbliche Form von Darmkrebs vorliegt. Wir empfehlen Ihnen zur weiteren Abklärung eine humangenetische Beratung (Institut für Humangenetik am UKSH Kiel, 0431-500 30601).



_____, geb. _____

Um die Patienten und unsere Mitarbeiter zu schützen, ist es wichtig zu wissen, ob Sie gegen **Covid-19 geimpft oder genesen** sind.

Wenn Sie nicht geimpft oder genesen sind, müssen wir Sie vor der endoskopischen Untersuchung mit einem Antigentest testen.

Dies ist eine Selbstzahlerleistung. Wir bitten Sie dann 15 Minuten früher zu Ihrem Termin zu kommen.

1. Covid-Impfung am: _____

2. Covid-Impfung am: _____

3. Covid-Impfung am: _____

An Covid erkrankt: ja nein

Impfausweis vorgelegt: ja nein

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____