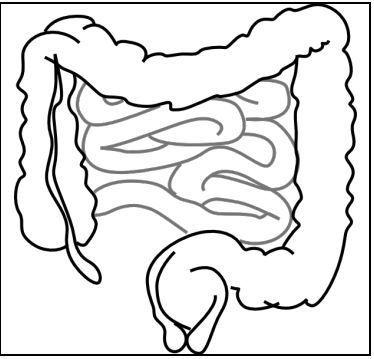


**Bitte Name, Vorname,  
Geburtsdatum eintragen:**



## **Aufklärungsbogen Koloskopie mit Polypektomie**

**Die Darmspiegelung (Koloskopie)** 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 Ihr Arzt mit Ihnen vorher ein Gespräch führen.

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

**Voruntersuchung und Vorbereitung:** Vor der Spiegelung muss der Darm gründlich gereinigt werden. 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. Ist der Darm leer, darf bis zur Untersuchung nur noch Wasser oder Tee getrunken werden.

**Durchführung:** Wenn Sie zur Untersuchung in die Praxis kommen, sind Sie bereits komplett vorbereitet. Die Untersuchung wird auf Wunsch in Kurznarkose durchgeführt. Die Spiegelung selbst dauert nur ca. 20 Minuten. Dabei wird ein biegsamer Schlauch (Koloskop), an dessen Ende sich eine Optik befindet, vom After aus meist bis zur Mündung des Dünndarms in den Dickdarm vorgeschoben. Durch Einblasen von Luft wird der Darm entfaltet, so dass der Arzt Veränderungen besser erkennt. Während der Untersuchung können, falls erforderlich, Gewebeproben entnommen oder endoskopische Eingriffe (Abtragung von Polypen zur Krebsvorsorge) durchgeführt werden. **Falls Sie eine Beruhigungsspitze erhalten, sind Sie nach 12 bis 24 Stunden wieder verkehrstüchtig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem behandelnden Arzt ab wann Sie wieder ein Fahrzeug führen können. Sie können sich individuell von einer Begleitperson abholen lassen.**

**Allgemeine Risiken oder Komplikationen:** Die Koloskopie ist heute eine Standardmethode. 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. Denkbar sind im Verlauf der Koloskopie oder einer während der Koloskopie durchgeführten Gewebeprobeentnahme oder der Abtragung von Polypen Verletzungen und die Perforation der Darmwand durch die verwendeten Instrumente. In der Folge kann es zu leichteren Blutungen kommen. Allerdings sind auch schwere Komplikationen wie z. B. ein Darmdurchbruch möglich. Insbesondere eine Perforation der Darmwand kann u. U. lebensbedrohlich sein und eine unverzügliche Operation erforderlich machen, die ihrerseits wiederum mit eigenen Risiken belastet ist. Infolge einer Perforation der Darmwand kann es zum Übertritt von Darmbakterien in die Bauchhöhle kommen, so dass eine Antibiotikatherapie erforderlich sein kann. Ein ebenso mögliches Eindringen von Darmbakterien in die Blutbahn kann in seltenen Fällen zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung oder einer Entzündung des Herzmuskels führen. Durch die zur Beruhigung verabreichten Medikamente kann es u. U. zur Störung der Atmung bis hin zum Atemstillstand sowie zur Beeinträchtigung des Herz-Kreislaufsystems kommen. Daneben sind allergische Reaktionen auf die verabreichten Arzneimittel möglich. Durch die Vorbereitungsmaßnahmen sowie durch begleitende und Folgemaßnahmen ergeben sich ebenfalls Risiken. Infusionen/Injektionen können ebenso wie z. B. zur Beruhigung verabreichte Spritzen gelegentlich zu örtlichen Gewebeschäden führen. Spritzenabszesse, Venenreizungen und Venenentzündungen sind ebenso möglich wie Nekrosen.

## **Aufklärungsbogen Koloskopie mit Polypektomie**

**Allgemeine Risiken oder Komplikationen:** Vorübergehende Nervenschäden sind gelegentlich möglich. Bleibende Nervenschäden treten sehr selten auf. Wenn Sie zur Untersuchung eine Beruhigungsspritze erhalten, wird dadurch Ihr Reaktionsvermögen für bis zu 24 Stunden beeinträchtigt. Bestimmte Arzneimittel müssen vor der Untersuchung wegen erhöhter Blutungsgefahr weggelassen werden. Informieren sie Ihren behandelnden Arzt frühzeitig über Ihre Medikamenteneinnahme.

### **Darmpolypen**

Der Dickdarmkrebs ist in Deutschland mit über 60.000 Neuerkrankungen 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.

Große gestielte Polypen können bei einer endoskopischen Untersuchung mit einer elektrischen Schlinge abgetragen werden, um eine Krebsbildung zu verhindern. Zu flache Polypen werden unter-spritzt, um abgetragen werden zu können. Abgetragene Polypen werden in der Regel anschließend feingeweblich untersucht. 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 grundsätzlich 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.

Bei derartigen Komplikationen können ein stationärer Aufenthalt und ein chirurgischer Eingriff (unter Eröffnung der Bauchdecke) notwendig werden. Die Häufigkeit dieser Komplikationen liegt bei erfahrenen Untersuchern unter 1%, und ist auch abhängig von der Größe des Polypen. Größere Polypen werden in der Regel stationär abgetragen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden.

Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen _____
Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> andere _____
Besteht bei Ihnen eine akute/chronische Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, HIV)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> andere _____
Ist bei Ihnen eine chronische Herz- oder Lungenerkrankung bekannt, wenn ja welche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____

Wenn Sie noch Fragen haben oder weitere Einzelheiten wissen möchten, geben wir Ihnen gerne weitere Auskunft.

Wenn ich mich für die Beruhigungsspritze entscheide, darf ich 12-24 Stunden nach der Untersuchung kein Fahrzeug führen bzw. im Straßenverkehr teilnehmen

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung und ggf. auch für eine Polypenabtragung, sowie in eine Gewebeprobe ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnder Arzt

**Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum eintragen:**

---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um einschätzen zu können, ob bei Ihnen ein erhöhtes Blutungsrisiko vorliegt, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

1. Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt?

Ja:  Nein:

2. Treten oder traten bei Ihnen vermehrt – ohne sich anzustoßen – „blaue Flecke“ oder kleine, punktförmige Blutungen auf?

Ja:  Nein:

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie bitte an, ob diese Symptome auch am Körperrumpf oder anderen, für Sie ungewöhnlichen Stellen aufgetreten sind.

Ja:  Nein:

3. Haben Sie bei sich selbst Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund festgestellt?

Ja:  Nein:

4. Treten Blutungen oder blaue Flecke **mehr als** 1- bis 2mal pro Woche,

Ja:  Nein:

oder 1- bis 2mal pro Woche,

Ja:  Nein:

oder 1- bis 2mal pro Monat auf?

Ja:  Nein:

5. Haben Sie den Eindruck, daß es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. Rasieren) länger nachblutet?

Ja:  Nein:

6. Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während Operationen (z. B. Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten) auf?

Ja:  Nein:

7. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen auf?

Ja:  Nein:

8. Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben?

Ja:  Nein:

**Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum eintragen:**

---

9. Gab oder gibt es in der Familie Fälle von Blutungsneigungen?

Ja:  Nein:

10. Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein?

Ja:  Nein:

Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen:

---

11. Nehmen Sie weitere Medikamente oder Vitaminpräparate ein?

Ja:  Nein:

Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen:

---

12. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Leberfunktion bekannt?

Ja:  Nein:

13. Ist bei Ihnen eine chronische Bluterkrankung bekannt?

Ja:  Nein:

14. Geben Sie bitte Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Folgende Frage ist nur von Frauen zu beantworten:**

15. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind?

Ja:  Nein:

---

Unterschrift, Datum

---



Hier mit dem Code  
direkt zu unserem  
Erklärvideo:  
„Vorbereitung auf die  
Coloskopie“

## Vorbereitung zur Coloskopie mit Plenvu

Falls Sie blutverdünnende Medikamente wie z. B. Marcumar, ASS, Godamed, Plavix o. ä. einnehmen, bitten wir Sie um Mitteilung.

### 3 Tage vor der Untersuchung:

**Keine** Mahlzeiten mit Körnern: Müsli, Körnerbrot oder –brötchen, Tomaten, Weintrauben, Kiwi, Gurken usw. Keine Eisenpräparate.

### 1 Tag vor der Untersuchung: \_\_\_\_\_

**Leichtes Frühstück und Mittagessen**, keine Vollkornprodukte, kein Obst oder Gemüse  
Das leichte Mittagessen muss mindestens 3 Stunden vor der Einnahme der ersten Dosis Abführmittel beendet sein. Danach **nichts** mehr essen!

### Dann ab ca. 16.00 Uhr oder auch bis zu 2 Stunden später:

Füllen Sie den Inhalt von Dosis 1 in ein Gefäß und geben Sie 0,5 bis 1 Liter Wasser hinzu (kann frei gewählt werden). Verrühren Sie das Ganze bis die Flüssigkeit nahezu klar ist (dies kann einige Minuten dauern).

Trinken Sie die zubereitete Dosis Plenvu langsam innerhalb von 30 Minuten.

Trinken Sie zusätzlich noch mindestens 500 ml klare Flüssigkeit in den nächsten 30 Minuten.

**Klare Flüssigkeit:** Wasser, klare Suppe, klare Säfte (ohne Fruchtfleisch), limonadenhaltige Getränke oder Tee (ohne Milch). *Siehe mitgegebener Flyer.*

### Tag der Untersuchung: \_\_\_\_\_

#### 06.00 Uhr:

Zubereitung der 2. Dosis Plenvu so wie am Vortag mit 0,5 bis 1 Liter Wasser, jetzt aber mit den zwei Beuteln (Beutel A + B). Trinken Sie die zubereitete Dosis wiederum innerhalb 30 Minuten und dann nochmal mindestens 500 ml klare Flüssigkeit (siehe oben) in den anschließenden 30 Minuten (bei bekannter Verstopfung eher mehr).

Anschließend zerkauen Sie bitte die mitgegebene Tablette (Simethicon). *Diese Tablette verhindert Schaumbildung im Darm durch das Plenvu, somit können wir Ihren Darm besser beurteilen.*

Falls Sie regelmäßig Abführmittel nehmen, können Sie diese auch während der Vorbereitungszeit weiter nehmen.

**Bitte trinken Sie so lange bis Sie eine gelblich-klare Flüssigkeit ausscheiden (Aussehen wie Kamillentee)**

#### Hinweis für Patienten, die Magen- und Darmspiegelung bekommen:

Auch am Untersuchungstag ist das Trinken solange erlaubt, bis Sie gelblich-klare Flüssigkeit ausscheiden. *Danach nichts mehr trinken!*

*Sie dürfen nach der Beruhigungsspritze 12 bis 24 Stunden **kein** Fahrzeug lenken!*

Bitte bringen Sie zur Untersuchung ein ausreichend großes Handtuch/Badetuch und eine Tüte oder einen Beutel mit (für evtl. verschmutztes Handtuch).

Desweiteren bitten wir Sie, am Untersuchungstag im Analbereich keine Fettcreme (Penaten, Vaseline etc.) zu verwenden.

**Bitte informieren Sie uns telefonisch spätestens 48 Stunden vor Ihrem Termin, falls Sie den geplanten Termin nicht wahrnehmen können.**

Falls Sie noch Fragen haben sollten, rufen Sie uns bitte an  
Gemeinschaftspraxis

Dres. med. Seutter und Flüeck  
Tel. 0911-20 41 41 / Fax 0911-20 91 21

<hr/>		<hr/>	
Patientenname, -vorname		Telefonnummer (Patient)	
<hr/>		<hr/>	
Geburtsdatum	Unterschrift	Hausarzt (Name, Adresse)	
<hr/>		<hr/>	
Beruf (freiwillige Angabe)			
<hr/>			
E-Mail (freiwillige Angabe)			
<hr/>			

Welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?

---

---

Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Epilepsie, Schlaganfall, Hepatitis, HIV, usw.):

---

---

---

---

---

**Abholer**

Praxis Dres. med. Seutter/Flüeck, Königstr. 72, 90402 Nürnberg/Tel:0911/204141

Patienten-Name: \_\_\_\_\_

Ich gehe alleine

Ich lasse mich abholen  ----- Tel-Nr. v. Abholer: \_\_\_\_\_

Taxi  Dauer der Anfahrt: \_\_\_\_\_

Nur bei Notfällen anrufen: \_\_\_\_\_

## **Sanfte Darmspiegelung mit Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>)**

Bei einer Darmspiegelung wird der Darm zur optimalen Beurteilung üblicherweise mit Raumluft aufgedehnt. Obwohl versucht wird, diese Luft wieder abzusaugen, verbleibt mehr oder weniger viel davon im Darm zurück. Dies kann vermehrt bei langen Untersuchungen, gleichzeitiger Magenspiegelung, oder bei mehrfachen Polypentfernungen auftreten. Dieses Blähungsgefühl wird von vielen Patienten als sehr unangenehm und teilweise schmerzhaft empfunden und kann auch noch einige Stunden nach der Untersuchung anhalten, bis die Luft auf natürlichem Wege wieder ausgeschieden ist.

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit den Dickdarm mit Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>) aufzudehnen, wie auch in den Leitlinien von 2015 bereits empfohlen. Hierzu wird medizinisches CO<sub>2</sub> aus Hochdruckflaschen verwendet. Dies ist eine wissenschaftlich fundierte Methode ohne bekannte unerwünschte Nebenwirkungen. Da CO<sub>2</sub> ca. 150mal schneller als Raumluft abgebaut wird, tritt das störende Blähungsgefühl nach der Untersuchung praktisch nicht mehr auf.

Wollen Sie als Ihre Darmspiegelung mit diesem Verfahren durchführen lassen, informieren Sie am Untersuchungstag einfach unsere Mitarbeiterinnen an der Anmeldung.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen diese Mehrkosten bislang noch nicht, so dass wir hierfür einen Beitrag von 10 Euro in bar und gegen Quittung zum Ausgleich der uns entstehenden Kosten erheben.

Die Barzahlung wird Ihnen am Untersuchungstag mittels der rückseitigen Quittung bestätigt.

Bei privat versicherten Patienten wird der Einsatz von Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>) ggf. im Rahmen der Rechnung mit aufgeführt (Analogziffer A370). Eine Kostenerstattung durch die jeweilige private Krankenkasse ist wahrscheinlich, kann von uns jedoch nicht garantiert werden.

Die Darmspiegelung mit Raumluft kann selbstverständlich weiterhin, wie bisher auch, kostenfrei für Sie erfolgen.

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

**Patientenname:**.....**geb. am**.....,

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§73 Abs. 1b SGBV) und der DS-GVO ist es zwingend vorgeschrieben, dass Ihr überweisender Arzt bzw. weitere behandelnde Ärzte nur noch dann einen Arztbericht über Ihre Untersuchungsbefunde und Behandlungsvorschläge bekommen dürfen, wenn Sie hierin schriftlich eingewilligt haben. Darüber hinaus ist uns auch die Anforderung Ihrer Behandlungsdaten und Befunde nur dann möglich, wenn Sie uns hierfür eine schriftliche Einwilligung erteilt haben. Aus diesem Anlass bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen.

### **Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten**

Ich willige hiermit ein, dass durch die Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck die mich betreffenden und in der Gemeinschaftspraxis erhobenen Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt, andere mich behandelnde Ärzte und andere Leistungserbringer zum Zwecke der Dokumentation, Weiterbehandlung und Diagnostik übermittelt werden.

- JA** ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde ein
- NEIN** ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde **nicht** ein.

### **Einwilligung zur Anforderung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde**

Ich willige hiermit ein, dass durch die Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck bei meinem Hausarzt, bei anderen mich behandelnden Ärzten und anderen Leistungserbringer die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann.

- JA** ich willige in die Anforderung meiner Behandlungsdaten und Befunde ein.
- NEIN** ich willige in die Anforderung meiner Behandlungsdaten und Befunde **nicht** ein.

Mir ist bekannt, dass ich vorliegende, freiwillig von mir abgegebene Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Sorgeberechtigten bei  
Minderjährigen unter 15 Jahren

Vermerk: Dokument auch in Kopiervorlagen

**Bitte wenden**

**Patientenname:**.....,geb. am.....,

**Vollmacht gegenüber anderen Personen**

Folgende Personen dürfen mit meinem Einverständnis Rezepte, Überweisungen, Einweisungen oder Arztbriefe abholen und auch Auskunft bezüglich meiner Daten erhalten!

**Bitte vollständigen Namen und Geburtsdatum der Personen leserlich notieren!!!!**

---

---

---

Mir ist bekannt, dass ich vorliegende, freiwillig von mir abgegebene Einwilligung jederzeit gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Florian Seutter und Dr. med. Thomas Flüeck widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Sorgeberechtigten bei  
Minderjährigen unter 15 Jahren

## Quittung

für

---

Vorname, Name

Den Betrag in Höhe von 10,- Euro haben wir dankend erhalten.

---

Datum

Unterschrift

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Florian Seutter  
Dr. med. Thomas Flüeck  
Internisten – Gastroenterologie  
Königstr. 72  
90402 Nürnberg  
Tel.: 0911 – 20 41 41

## **Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten  
Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns für Ihre Behandlung diese  
bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie bitten, diese Termine unbedingt  
einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin  
wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung  
**mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir  
dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so dürfen wir Sie darauf  
aufmerksam machen, dass wir Ihnen die Kosten für die im Termin vereinbarte  
Behandlung in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder  
ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

---

**Patientenname, -vorname, Geburtsdatum**

Nürnberg, den

---

Datum

Unterschrift

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Florian Seutter  
Dr. med. Thomas Flüeck  
Internisten – Gastroenterologie  
Königstr. 72  
90402 Nürnberg  
Tel.: 0911 – 20 41 41  
E-Mail: praxis@gastroenterologen-nuernberg.de