



Einwilligung zur Durchführung einer Videokapselendoskopie des Verdauungstraktes

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Durchführung einer Kapselendoskopie geplant. Dr. Grüner oder Dr. Seel werden im Vorfeld der Untersuchung persönlich über die Durchführung der Kapselendoskopie, die typischen Risiken und Folgen, sowie über eventuell mögliche alternative Verfahren (z.B. Sonographie, Röntgen-Kontrast-Untersuchungen, Computertomographie, Kernspintomographie) mit Ihnen sprechen.

Vor dieser Untersuchung müssen Sie nach dem Informationsgespräch Ihr Einverständnis zur Untersuchung geben:

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Verfahren der Videokapselendoskopie (VKE) unterrichtet wurde. Über Art, Zweck und Hergang der Untersuchung, sowie über die wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung und zum Unterlassen dieser Untersuchung wurde ich hinreichend informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass es in sehr seltenen Fällen zu einem Steckenbleiben der VKE-Kapsel im Magen-Darm-Trakt kommen und in diesem Fall evtl. eine Operation notwendig werden kann. Bei schweren Schluckstörungen (z.B. nach Schlaganfall) kann die Kapsel in die Luftröhre gelangen; diese Komplikation ist äußerst selten und würde eine Spiegelung der Luftwege nach sich ziehen. Ich bin auf mögliche körperliche/seelische/berufliche Komplikationen durch diese Untersuchung hingewiesen worden. Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache.

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit gegeben. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte, soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Videokapselendoskopie einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich vor der Untersuchung mindestens 10 Stunden weder essen noch trinken darf, sowie erst 2 Stunden nach Beginn der Untersuchung trinken und nach 4 Stunden etwas essen soll. Außerdem wurde ich darüber informiert, dass ich während der Untersuchung nicht duschen oder baden und keine schweren körperlichen Tätigkeiten verrichten darf.

Sollte es nach der Einnahme der Videokapselendoskopie zu Bauchschmerzen, Erbrechen oder anderen Beschwerden kommen, werde ich meinen behandelnden Arzt sofort kontaktieren.

Wichtige Fragen:

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an. Nutzen Sie das leere Feld um Ja-Antworten näher zu beschreiben und zu kommentieren:

1.	Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator oder ein anderes implantiertes elektromedizinisches Gerät?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
2.	Wurde bei Ihnen eine Operation im Bauchraum durchgeführt? Wenn ja weshalb und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3.	Sind Schluckstörungen bekannt? (z.B. Zenkersches Divertikel, Speiseröhrendivertikel, Engstelle der Speiseröhre, Achalasie, peptische Engstelle)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
4.	Leiden Sie unter Allergien oder Überempfindlichkeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
5.	Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Aufklärungsgespräch:

Das Aufklärungsgespräch hat Dr. Grüner / Dr. Seel / Dr. Liebig mit mir durchgeführt.

Er hat mir den Eingriff/ die Durchführung der geplanten Videokapselendoskopie und deren Komplikationen erklärt und eventuelle Risiken erörtert. Über die Dringlichkeit des Eingriffes und der Alternativmethoden, einschließlich deren Vor- /bzw. Nachteile, wurde ich informiert.

Besondere Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Die Untersuchung ist geplant am :

Einwilligung (nach dem Gespräch mit dem Arzt):

Ich willige in die geplante Videokapselendoskopie des Verdauungstraktes ein. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und informiert. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

Über die Verhaltensregeln während und nach der Untersuchung wurde ich aufgeklärt

Bamberg,

Datum, Uhrzeit

Patientin / Patient, bzw.
Betreuer

Arzt