



Dr. med. Jan Latzelsberger  
Facharzt für Innere Medizin/ Gastroenterologie  
Grabenstr. 13, 53424 Remagen

**Name Patientin/ Patient:**

## **Informations- und Aufklärungsbogen Enddarmspiegelung**

ggfs. mit Hämorrhoidenbehandlung (Gummibandligatur)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine Enddarmspiegelung (Proktoskopie) soll bei Ihnen durchgeführt werden. Dies bedeutet, daß ein ca. 10 cm langes starres Gerät (Proktoskop) in den Enddarm eingeführt wird. Durch das Gerät kann dann die Schleimhaut beurteilt werden und ggfs. eine Behandlung von Hämorrhoiden erfolgen.

Vor der Untersuchung sind keine Abführmaßnahmen erforderlich.

Die Untersuchung ist etwas unangenehm, sie dauert aber nur einige Augenblicke, bei Hämorrhoidenbehandlung maximal wenige Minuten. Die Untersuchung erfolgt ohne Narkose.

Sollte eine Therapie von Hämorrhoiden erforderlich sein, wird diese im Rahmen der Untersuchung durchgeführt. Dazu werden ein oder zwei Gummibänder über die Hämorrhoiden gestülpt. Dadurch wird die Hämorrhoiden abgebandert und verödet. Die Gummibänder sind nur wenige Millimeter groß und fallen von alleine in den nächsten Tagen ab. Diese Gummibänder können nicht wieder verwendet werden, daher brauchen Sie sie auch nicht aufzubewahren.

Obwohl die Untersuchung nur in seltenen Fällen zu Komplikationen führt, möchte ich Sie an dieser Stelle nennen:

Als Folge der Untersuchung kann es zu einer Blutung, zu einer Entzündung oder zu Schmerzen kommen. Theoretisch können Komplikationen die Notwendigkeit einer Operation bedingen, dies ist aber extrem selten.

Nach der Hämorrhoiden- Gummibandligatur sind leichte Nachblutungen nicht ungewöhnlich. Diese Blutungen hören in den folgenden Tagen aber in aller Regel von selbst auf.

Nach der Untersuchung ist keine weitere Überwachung erforderlich.

Sollten Sie nach der Untersuchung oder in den folgenden Tagen Beschwerden verspüren, können Sie sich mit mir oder, falls nicht erreichbar, mit Ihrem Hausarzt oder dem nächsten Krankenhausarzt in Verbindung zu setzen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **vollständig**, indem Sie die Antworten rechts neben den Fragen im freien Feld notieren:

| Leiden Sie an:                     | ja                       | nein                     |                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| grünem Star (Glaukom?)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
| Allergien?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche? →   |
| Medikamentenunverträglichkeiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche? →   |
| Gerinnungsstörungen?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
| Erkrankungen von Herz / Kreislauf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche ?→   |
| Lungenerkrankungen?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche ?→   |
| Leber-/ Nieren-/ Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche ?→   |
| Magen- / Darmerkrankungen?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche?→    |
| Sonstige Krankheiten?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche?→    |
| Sind sie bislang operiert worden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche OP?→ |

Erfolgte zuvor schon einmal eine  
Behandlung von Hämorrhoiden?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS, Aspirin, Marcumar, Heparin, Clopidogrel, Xarelto, Eliquis, Lixiana o.Ä.)?

Falls Sie noch weitere Fragen haben oder Unklarheiten bestehen, werden wir diese jetzt in einem persönlichen Gespräch klären. Teilen Sie bitte mit, wenn Sie diesen Bogen im Original behalten möchten. Bezüglich Ihrer Zustimmung zur Untersuchung besteht Widerrufbarkeit. Falls Sie keine weiteren Fragen mehr haben, bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass:

Sie nach ausreichend langer Überlegenszeit mit der Untersuchung einverstanden sind, den vorliegenden Aufklärungsbogen gelesen haben und in verständlicher Weise informiert wurden über:

- Ihre Erkrankung und die möglichen Folgen, falls die Enddarmspiegelung nicht durchgeführt wird,
- evtl. in Frage kommende alternative Untersuchungsmethoden,
- Art und Umfang der geplanten Enddarmspiegelung,
- Art und Häufigkeit der möglichen Komplikationen und Nebenfolgen, auch in Bezug auf den ausgeübten Beruf,
- das ggfs. in Ihrer Person liegende erhöhte Risiko sowie das bei jedem ärztlichen Eingriff bestehende Risiko,
- das Verhalten nach der Enddarmspiegelung.

Remagen, den .....

.....  
(Patient)

.....  
(Dr. Latzelsberger)