

(Perforation) (1-2%) oder eine Blutung (5%) auftreten. Sehr selten wird wegen einer Komplikation eine Operation erforderlich (1-2%).

Wie können Sie mithelfen, das Komplikationsrisiko gering zu halten?

Indem Sie die Anweisungen zur Vorbereitung genau befolgen und ergänzend unten stehende Fragen vollständig beantworten:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Aspirin Cardio etc.) oder haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral oder ähnliche Grippe- bzw. Schmerzmittel genommen? Ja Nein

Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen (auch bei kleinen Verletzungen z.B. einer Zahnextraktion)? Ja Nein

Besteht eine Allergie auf bestimmte Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche

Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, wurden Sie früher am Herzen operiert oder tragen Sie ein künstliches Gelenk? Ja Nein

Was geschieht nach der Untersuchung?

Nach Erhalt einer schmerzstillenden Spritze dürfen Sie nach der Untersuchung/Behandlung gleichentags keine Fahrzeuge lenken oder Maschinen bedienen und sollten auch keine rechtsgültigen Unterschriften leisten. Ein paar Stunden kann ein Druckgefühl im Bauch (=vermehrte Luft im Darm) bestehen. Nimmt dies zu bzw. treten neu starke Bauchschmerzen auf oder beobachten Sie eine Blutung aus dem After informieren Sie unverzüglich uns oder Ihren Hausarzt oder Ihr nächstes Spital.

Fragen zum Aufklärungsgespräche?

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie alle Fragen stellen, die Ihnen wichtig erscheinen, z.B.:

- Wie notwendig und dringlich ist die Untersuchung/Behandlung?
- Gibt es alternative Untersuchungs-/Behandlungsmethoden?
- Bestehen für mich persönliche Risiken, die im Aufklärungsblatt nicht erwähnt sind?

Ich, die/der Unterzeichnende habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich bin mit der Durchführung einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt