

Ärztliche Leiter
Dr. med. F.-W. Kleinsorge
Ch. Levknecht
Hämatologie / Onkologie
Palliativmedizin
Sigmoido-Coloskopie

Röntgenstr. 16
32756 Detmold
Tel.: 05231-9102400
Fax: 05231-9102419

MVZ Onkologie-Medicum-Detmold GbR, Röntgenstr. 16, 32756 Detmold

Patientenerklärung zur Gastroskopie

Patient:

Ich wurde über die vorzunehmende Untersuchung Gastroskopie und deren Notwendigkeit unterrichtet. Auf mögliche Komplikationen wie:

- Blutungen
- Organverletzungen
- Herzrhythmusstörungen
- Kollaps
- Unverträglichkeiten
- entzündliche Reaktionen

wurde ich aufmerksam gemacht.

(Bei weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein)

(Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit Ja / Nein)

- ▶ **7 Tage vor der Untersuchung müssen Blutverdünner wie ASS, Ticlopidin, Clopidogrel oder Marcumar, nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. Hausarzt abgesetzt werden.**
- ▶ **Bitte 12 Std. vor der Untersuchung keine Nahrung mehr zu sich nehmen (weder feste noch flüssige) und nicht rauchen!**

Sollte ich während der Untersuchung eine Beruhigungs- bzw. Schmerzspritze erhalten, ist mir bewusst, dass ich 12 Std. nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf (auch nicht als Fußgänger oder Radfahrer) und ich mich in diesem Fall aus der Praxis abholen lassen muss!

Bei Nichteinhalten der vorgenannten Maßnahmen wird seitens des MVZ Onkologie-Medicum-Detmold keine Haftung übernommen.

Bitte beachten Sie, dass Sie bis ca. 1 Stunde nach der Untersuchung noch keine feste Nahrung zu sich nehmen! Es besteht durch die Lokalanästhesie des Rachenraumes die Gefahr, Speisen zu verschlucken.

Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden.

Detmold, Tagesdatum

(Unterschrift des Patienten)

(Unterschrift behandelnder Arzt)

(Duplikat für Ihre Unterlagen)

Medizinisches Versorgungszentrum Onkologie-Medicum-Detmold GbR

Ärztliche Leiter
Dr. med. F.-W. Kleinsorge
Ch. Levknecht
Hämatologie / Onkologie
Palliativmedizin
Sigmoido-Coloskopie

Röntgenstr. 16
32756 Detmold
Telefon: 05231-9102400
Fax: 05231-9102419

MVZ Onkologie-Medicum-Detmold GbR, Röntgenstr. 16, 32756 Detmold

Patientenerklärung zur Gastroskopie

Patient:

Ich wurde über die vorzunehmende Untersuchung Gastroskopie und deren Notwendigkeit unterrichtet. Auf mögliche Komplikationen wie:

- Blutungen
- Organverletzungen
- Herzrhythmusstörungen
- Kollaps
- Unverträglichkeiten
- entzündliche Reaktionen

wurde ich aufmerksam gemacht.

(Bei weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein)

(Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit Ja / Nein)

- ▶ **7 Tage vor der Untersuchung müssen Blutverdünner wie ASS, Ticlopidin, Clopidogrel oder Marcumar, nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. Hausarzt abgesetzt werden.**
- ▶ **Bitte 12 Std. vor der Untersuchung keine Nahrung mehr zu sich nehmen (weder feste noch flüssige) und nicht rauchen!**

Sollte ich während der Untersuchung eine Beruhigungs- bzw. Schmerzspritze erhalten, ist mir bewusst, dass ich 12 Std. nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf (auch nicht als Fußgänger oder Radfahrer) und ich mich in diesem Fall aus der Praxis abholen lassen muss!

Bei Nichteinhalten der vorgenannten Maßnahmen wird seitens des MVZ Onkologie-Medicum-Detmold keine Haftung übernommen.

Bitte beachten Sie, dass Sie bis ca. 1 Stunde nach der Untersuchung noch keine feste Nahrung zu sich nehmen! Es besteht durch die Lokalanaesthesie des Rachenraumes die Gefahr, Speisen zu verschlucken.

Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden.

Detmold, Tagesdatum

(Unterschrift des Patienten)

(Unterschrift behandelnder Arzt)

Ärztliche Leiter
Dr. med. F.-W. Kleinsorge
Ch. Levknecht
Hämatologie / Onkologie
Palliativmedizin
Sigmoido-Coloskopie

Röntgenstr. 16
32756 Detmold
Tel.: 05231/9102400
Fax: 05231/9102419

Wichtige Hinweise zur Gastroskopie/Coloskopie

Der vereinbarte Termin wird von uns extra für Sie freigehalten und erfordert medizinische und administrative Vorbereitungen. Sollten Sie aufgrund unvorhergesehener Umstände diesen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, den Termin spätestens 7 Tage vorher abzusagen. Sollten Sie den Termin kurzfristig ohne nachvollziehbare Begründung absagen oder unentschuldigt nicht erscheinen bzw. nicht in dem mit dem Arzt vereinbarten Zustand erscheinen (Darmentleerung), behalten wir uns vor, Ausfallskosten in Höhe von 50 Euro bzw. 100 Euro von Ihnen einzufordern, falls wir diesen Termin nicht anderweitig vergeben können.

Die Abführmedikamente sind wieder abzugeben.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Detmold, Tagesdatum _____
(Unterschrift des Patienten)

Vorbeugen ist besser als heilen!

Ihre Gesundheit ist uns wichtig. Wir bieten Ihnen daher an, Sie daran zu erinnern, wenn Vorsorge – oder Kontrolluntersuchungen fällig werden. Wenn sie von diesem Angebot Gebrauch machen möchten, werden wir sie gerne in unserer Erinnerungskartei eintragen. Die Mitarbeiterinnen unseres MVZ Teams stehen Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Ich bitte um die Eintragung in die Erinnerungskartei.

Detmold, Tagesdatum _____
(Unterschrift des Patienten)