

Gastroskopie Einverständniserklärung

Patient: _____, **geb.** _____

Ich wurde von Herrn/Frau Dr. _____ über die vorzunehmende Untersuchung Gastroskopie und deren Notwendigkeit unterrichtet und auf Komplikationsmöglichkeiten wie:

- Blutungen
- Organverletzungen
- Herzrhythmusstörungen
- Kollaps
- Unverträglichkeiten
- Entzündliche Reaktionen

aufmerksam gemacht.

Notwendig werdende Folge- und Nebeneingriffe finden meine Zustimmung. Ich erkläre mich mit dem geplanten Eingriff einverstanden.

(Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja , nein.....)

8 Tage vor der Untersuchung müssen Blutverdünner wie ASS, Tiklyd, Plavix oder Marcumar abgesetzt werden.

Sollte während der Untersuchung eine Beruhigungs- bzw. Schmerzspritze gegeben werden, ist man danach nicht mehr verkehrstüchtig und muss sich in jedem Falls a u s d e r P r a x i s a b h o l e n l a s s e n.

Detmold, den

**Unterschrift des Arztes
Patienten**

Unterschrift des