

# Infektionsschutz

**Halskratzen? → FFP II Maske in der Praxis tragen!**

**Atemwegsinfekt?** (Husten/Niesen/Auswurf/laufende Nase/Fieber) → **Endoskopietermin absagen!**

*Sie können Ihren Termin telefonisch, auf dem Rezept-AB, per Mail oder über das Kontaktformular der Homepage absagen. Wir bieten Ihnen gerne einen Ersatztermin nach vollständiger Genesung an.*

# Vorgespräch

→ **vorab ausgefüllte Unterlagen beschleunigen den Ablauf beim Vorgespräch!**

*(Download über Homepage oder id. Praxis abholen, ausfüllen und bitte zum Gespräch mitbringen)*

→ **Wir führen in unserer endoskop. Schwerpunktpraxis ca. 90 Endoskopien pro Woche durch!**

*Wir bitten um Verständnis, dass wir zur Gewährleistung einer zeitnahen Terminvergabe Vorgespräch und Spiegelung nicht immer durch denselben Arzt bzw. dieselbe Ärztin erfolgen können. Dies liegt teilweise auch an kassenrechtlichen Beschränkungen und Vorgaben. In Urlaubs-, Kongress- bzw. Krankheitsfällen kann es darüber hinaus zu einer Änderung der ärztlichen Einteilung kommen. Unser ärztliches Team besteht ausschließlich aus erfahrenen Fachärzten/Fachärztinnen.*

# Gute Stimmung in der Arztpraxis

→ **Wir wollen Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen,**

- bestmöglich ist allerdings leider kein voraussetzungsfreies Versprechen
- unser Gesundheitssystem arbeitet aktuell bereits oft am Limit
- wir dürfen Ihnen daher nicht „zu viel“ versprechen und Sie sollten nicht „zu viel“ erwarten

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir**

- Termin- & Untersuchungswünsche nicht immer erfüllen können (insbesondere gilt dies für die vom Gesetzgeber leider weiterhin mengenbegrenzten/budgetierten GKV-Facharzttermine)
- Wartezeiten nicht immer verhindern können (gilt auch für Ihre Begleitpersonen)

**Bitte sorgen Sie selbst für gute Stimmung in unserer Praxis, indem Sie**

- für Ihren Arztbesuch ausreichend Zeit einplanen (gilt auch für Begleitpersonen)
- sich, soweit erforderlich, in Geduld üben (eine freundliche Nachfrage ist immer willkommen)
- Übellaunigkeit bei längerer Nüchternheit im Zaum halten (da gibt es so Kandidaten & Innen)
- Betrugsversuche nach Sedierung unterlassen („Begleitung wartet unten“ kennen wir schon)
- Verbesserungsvorschläge in konstruktiver Weise vortragen (siehe Wartezimmerformular)

**Wir stehen auf die klassischen Zauberwörter: „Bitte“, „Danke“ und „Entschuldigung“.**

Entschuldigen Sie die Ausführlichkeit, wir schreiben das für die Anderen... für Sie als unsere freundlichen und dankbaren Patienten und Patientinnen ist dies ja alles selbstverständlich!

**Zur Kenntnis genommen, Hamburg, den «DTM4»**

Unterschrift X.....  
(Patient/in)

Pat. Name:  
Geb. Dat.:

Datum:

# Vorgespräch: COLO in der Praxis

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Zulässiges Körpergewicht auf unseren Liegen: 125 Kg!

- ☐ **EMPFANG:** → Pat.-Karte Kettendokumente drucken ☐ personalisiert mit Termin-Eintrag (s.o.) aushändigen  
→ ProCompliance Bogen ☐ Name/Vorname/GebDat. eintragen & Formular Pat. aushändigen  
→ Darmvorbereitungszettel ☐ + Termin-Eintrag & Markierung der gültigen Zeiten herausgeben  
→ GKV: ☐ Citrafleet mitgeben ☐ PKV: ☐ RPP Citrafleet geben & sagen: „Arzt muss unterschreiben!“
- ☐ **PAT:** Video gesehen & alles gelesen & ausgefüllt ☐ Check Unterschriften [außer Einwilligung]
- ☐ **LABOR:** GKV Vorsorge / PKV: „COLOS“ ☐ QUICK & kl.BB / extern Labor max. 6 Wo? ☐ Scannen ...  
ggf. Extra-Labor gerötelt? ☐ Check PC
- ☐ **ARZT:** → CMD „CV“ abarbeiten. ☐ PKV → RPP unterschreiben  
→ Falls BE nötig: Eintrag „Wartezimmerliste 3“,  
→ Falls erweiterte BE am U.- Tag → Eintrag unten auf dieser Seite!
- ☐ **EMPFANG:** Bei Wunsch Aufklärung kopieren ☐ Pat. bestätigt Kopie erhält schriftlich  
☐ Originale mit Aufklärungsnotizen & Unterschriften verbleiben stets in der Praxis.

## Sedierung nur bei Abholung/Taxi

**Grundsätzlich** können **Spiegelungen auch ohne Sedierung** (Gabe von Beruhigungs- bzw. Schlafmittel) erfolgen. Aktuell wünschen 90% aller Patienten und Patientinnen aber eine Sedierung, da diese die Untersuchung angenehmer gestaltet, was i.d.R. die Sedierungsrisiken aufwiegt.

**Risiken sind z.B.: Venenreizungen & seltene lokale Schädigungen von Nerven & Gewebe, seltene HerzKreislauf- & Atemstörungen sowie allergische Reaktionen.**

Wir sedieren **im Regelfall mit Propofol**. Vorteile dieses Medikaments sind rascher Wirkungseintritt und kurze subjektive Wirkdauer. Das heißt, Sie wachen nach Untersuchung schnell wieder auf und fühlen sich am Folgetag normal leistungsfähig. Teilen Sie uns gerne mit, wenn sie möglichst nichts von der Endoskopie mitbekommen wollen. Die Sedierungstiefe ist allerdings abhängig von Ihrem Allgemeinzustand und individuellen Besonderheiten ärztlich zu bestimmen. Patientensicherheit hat im Einzelfall Vorrang vor dem Wunsch nach erinnerungsloser vollständig schmerzfreier Untersuchung.

In folgenden Fällen nutzen wir das **Alternativmedikament Dormicum\***:

**1) allergische Reaktion bei: Soja, Hühnereiweiß, Sulfid, Erdnuss (nicht andere Nüsse) 2) Epilepsie.**

*\*) Dormicum wirkt allerdings länger nach, Fahrtüchtigkeit ist hier erst am übernächsten Tag gegeben.*

**Nach der Untersuchung** werden Sie in unserem Aufwachbereich weiterhin überwacht. Auch wenn Sie bereits wach sind, **stehen Sie bitte nicht unaufgefordert von Ihrer Untersuchungsfläche auf.**  
**Nach Propofolsedierung dürfen Sie an diesem Tag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen,** insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Bei Propofol-Monosedierung reicht eine Abstinenz von den o.g. Tätigkeiten am Tag des Eingriffs aus.

**Nach Endoskopie mit Sedierung** darf die Praxis nur nach ärztlichem Abschlussgespräch und in **Begleitung einer volljährigen Person** verlassen werden, alternativ rufen wir Ihnen ein **Taxi**, dass Sie direkt in der Praxis abholt und bis zur Haustür begleiten (bitte Taxengeld mitbringen!).  
**Sie werden nicht sediert, wenn Sie nicht in der Praxis abgeholt werden bzw. ein Taxi verweigern!**

- ☐ Ich wünsche eine Sedierung & befolge die strikten Verhaltensregeln.
- ☐ Ich habe den Film zur Patientenaufklärung vollständig gesehen & verstanden.

Hamburg, den «DTM4» **X**.....  
(Patient/in)

### BEI ENDOSKOPIE BEACHTEN:

- ☐ PCF, ☐ kl. Gastroskop, ☐ Ärztin (No GKV), ☐ Schlafapnoe, ☐ Schlafapn. (Gerät dabei),  
☐ Dormicum (No Propo), ☐ ohne Sed, ☐ will komplett schlafen, ☐ Glaukom (No Busco),  
☐ SM/Defi (No Strom), ☐ unter Marcumar/Doppelantikoagulation (No Polyektomie),  
☐ Angstpat. (zügig beginnen), ☐ Infekt (ohne Virusreplikation), ☐ Infekt (aktiv.../Extraschutz)  
☐ \_\_\_\_\_

Pat. Name:  
Geb. Dat.:

Datum:

## Anamnesebogen

Die sorgfältige & vollständige Beantwortung der Fragen ist Voraussetzung für ein optimales Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und verfügbarer Ressourcen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Besuchsanlass:** ☐ Vorsorge/Gesundheits-Check-up, ☐ Akutbeschwerden ☐ Chron. Beschwerden (mind. 3 Monate), ☐ Verlaufs-Kontrolle bei Darmpolypen ☐ Verlaufs-Kontrolle bei CED (M. Crohn oder Colitis Ulcerosa)  
☐ Verlaufskontrolle bei: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Anamnese:** ☐ Schluckstörung, ☐ Gewichtsverlust (.....Kg), ☐ unerklärte Blutarmut, ☐ Fieber, ☐ Blut im Stuhl,  
☐ wechselnde Stuhlfrequenz, ☐ aktuell Durchfall (mindestens 1 Woche und maximal 3 Monate) ☐ Verstopfung  
☐ Stress/Sorgen/Burn-out ☐ Psychopharmaka ☐ ich bin (oder war) in Psychotherapie. Weitere relevante Symptome: \_\_\_\_\_

**Wunsch bei chron. Beschwerden:** ☐ Expertenrat, ☐ Behandlungsversuch, ☐ Frage nach sinnvoller Diagnostik,  
☐ Angst nehmen, ☐ Coaching & Behandlungsbündnis\*, ☐ Ernährungstherapie/Beratung (in unsere Praxis möglich!)

**Welche Diagnose** vermuten Sie, bzw. haben Ärzte gestellt? \_\_\_\_\_

### Erkrankungen/Vorgeschichte

|                                |                             |                               |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Speiseröhre/ Magen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Darm                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber/Galle                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bauchspeicheldrüse             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzerkrankung/hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lunge/ Asthma/ Schlafapnoe     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star (Glaukom)          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

|                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Niere                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Bauch-OP (wo?)</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

|                              |       |                               |
|------------------------------|-------|-------------------------------|
| Herzinfarkt                  | _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose                    | _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall                 | _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Krebserkrankung (wo?)</b> | _____ | <input type="checkbox"/> nein |

### Erkrankungen i.d. Familie (Blutsverwandte - auch Großeltern)

|                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinfarkt                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/ Zuckerkrankheit            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Krebs (ggf. „wo“ &amp; „wer“)</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Infektionen:

|                    |                             |                               |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV+ bzw. AIDS     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis (B/C)    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige (welche?) | _____                       |                               |

### Medikamente:

|                                                                                                                           |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Antiepileptika                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gerinnungshemmer                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparinspritzen <input type="checkbox"/> ASS, Aspirin, Godamed |                             |                               |
| <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Clopidogrel (z.B. Plavix, Iscover)                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| PPI (Omepr/Pantoprazol)                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Antibaby-Pille                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Medikamente                                                                                                      | ...ggf. Medioplan           | mitbringen!                   |
| <input type="checkbox"/> Insulin, <input type="checkbox"/> Metformin, <input type="checkbox"/> Blutdruck-Med.             |                             |                               |

### Allergien/ Unverträglichkeiten gegen:

|                 |                             |                               |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Antibiotika     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Narkosemittel   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nahrungsmittel: | _____                       |                               |
| Sonstige:       | _____                       |                               |

**Gewicht (Kg):** \_\_\_\_\_ **Größe(cm):** \_\_\_\_\_

|                         |                                     |                                 |                               |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Rauchen                 | <input type="checkbox"/> ja: _____  | Zig./Tag                        | <input type="checkbox"/> nein |
| Alkohol                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie  |
| Drogen                  | <input type="checkbox"/> ja         |                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| schadhaft Zähne         | <input type="checkbox"/> ja         |                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnersatz              | <input type="checkbox"/> ja         |                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| Auslandsaufenthalte:    | _____                               |                                 |                               |
| Sportliche Aktivitäten: | _____                               |                                 |                               |

### Fragen zur Minimierung des Untersuchungs- & Eingriffsrisikos vor Spiegelung (Endoskopie)

|                                                                                     |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich habe oder hatte <b>Endometriose / Kaiserschnitt / Leistenbruch-OP</b>           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe einen <b>Herzpass</b> bzw. ich habe ein <b>hohes „Endokarditis“-Risiko</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Epilepsie oder Allergie gegen Folgendes:</b> Soja, Hühnereiweiß, Erdnuss, Sulfid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Implantate aus Metall</b> (z.B. Herzschrittmacher, Gelenkprothesen)              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht bin <b>schwanger</b>                                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Ihre E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_,

**Ihre Handynummer:** \_\_\_\_\_,

bzw. , soweit Sie kein Handy besitzen sollten, Ihre Festnetznummer: \_\_\_\_\_.

**Die Namen zuweisender bzw. der aktuell weiterbehandelnden Praxis bitte hier eintragen:**

Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift Patient/in **X**.....

Pat. Name:  
Geb. Dat.:

Datum:

## Angebot der schonend-drucklosen CO<sub>2</sub>-Spiegelung

CO<sub>2</sub> wird vom Körper etwa 150-mal schneller absorbiert als Luft. Dadurch werden Beschwerden durch übermäßige Aufdehnung des Darmtraktes während und nach der Untersuchung vermieden.

Alternativ pumpen wir den Magendarmtrakt bei GKV-Kassenendoskopien mit Raumluft auf.

☐

Ja, ich wünsche die schonend drucklose CO<sub>2</sub>-Spiegelung!

**GKV-Versicherte zahlen 20,- Euro in bar**

am Untersuchungstag unmittelbar vor der Endoskopie,  
bei regulären Privatpatienten ist die CO<sub>2</sub>-Gabe mit der Abrechnung der  
Spiegelungsleistung abgegolten (*gilt nicht für Post B, KBV bzw. PKV-Sozialtarife - z.B. Basistarif*).

☐

Nein, ich verzichte auf alle Vorteile der drucklosen CO<sub>2</sub>-Spiegelung!

Ich wünsche das Aufpumpen meines Verdauungstraktes mit Raumluft.

Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift **X**.....  
(Patient)

Sie erhalten von uns am Untersuchungstag automatisch eine Kopie des Untersuchungsbefundes.

## Wünschen Sie zusätzlich eine Kopie der heutigen Aufklärungs-Dokumentation?

☐

**NEIN - Umweltschonender Verzicht**

- ich fotografiere nach dem Arztgespräch selbst mit meinem Smartphone die Aufklärung und  
verwalte diese z.B. in meiner digitalen Patientenakte,

oder

- ich wünsche keine Kopie.

☐

**JA - ich habe heute eine Kopie der unterzeichneten Aufklärung gewünscht & erhalten,**  
und bestätige hiermit, dass die Kopie identisch mit dem unterschriebenen Original ist.

Hamburg, den «DTM4»

Unterschrift **X**.....  
(Patient)