



Name:

Telefon der Praxis bei Rückfragen:
0531/1233970

Dickdarmspiegelung (Coloskopie, Ileocoloskopie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Spiegelung des Dickdarmes geplant.

Dabei wird ein biegsames, dünnes optisches Instrument (Endoskop) vom After aus in den Dickdarm bis zum Übergang in den Dünndarm vorgeschoben. Voraussetzung für eine exakte Beurteilung der inneren Darmwände ist eine vollständige Darmreinigung (Einzelheiten hierzu erfolgen auf einem gesonderten Merkblatt).

Die von einer Fernsehkamera in den Endoskopspitze aufgenommenen Bilder werden auf einen Bildschirm übertragen (Videoendoskopie). Es besteht die Möglichkeit schmerzlos Proben zur feingeweblichen Untersuchung zu entnehmen oder Polypen abzutragen (siehe Rückseite Polypenabtragung). Wann ist es sinnvoll, diese Untersuchung durchzuführen?

Folgende Beschwerden oder Umstände können eine Darmspiegelung notwendig machen: Sichtbares oder unsichtbares Blut im oder dem Stuhl, unklare Durchfälle, Blutarmut, Gewichtsabnahme, wechselnde Stuhlqualität, Häufige Bauchschmerzen, Krebsvorsorge, Darmentzündungen, Dickdarmkrankungen in der Familie etc.

Warum kann die Dickdarmspiegelung unangenehm sein?

Der Dickdarm verläuft bei Menschen in unterschiedlichen Kurven und Schlingen, die beim Vorschieben des Endoskops vorübergehend gedehnt werden. Das kann schmerzhaft sein. Auch die zur Entfaltung des Darmes erforderliche Luftabgabe kann Schmerzen verursachen. Problemlos wird die Untersuchung durch die Gabe einer „Beruhigungsspritze“ (Sedierung).

Sie bewirkt, dass Sie schlafen und praktisch keine Belästigung oder Schmerzen empfinden.

Welche Komplikationen können auftreten?

1. Verletzung der Darmwand (Perforation) mit ggf. Komplikationen, wie z.B. Bauchfellentzündung (Peritonitis), Extrem selten, tritt bei ca. 1 von 10.000 bis 20.000 Untersuchungen auf.
Behandlung: Endoskopische Versorgung oder Operation, bei ungünstigem Verlauf ggf. wiederholte Operationen.
2. Blutung nach Entnahme von Gewebeproben: Extrem selten, tritt praktisch nur unter gestörter Blutgerinnung auf (Medikamente: ASS, Plavix, Marcumar etc., schwere Lebererkrankung).
Behandlung: meist endoskopisch möglich, selten Operation.
3. Störung von Atmung, Herz- und Kreislauf. Diese können nach Gabe der „Beruhigungsspritze“, bei schweren Atemwegs-, Lungen- bzw. Herzerkrankungen auftreten. Vorbeugung: Laufende Messung von Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz und Blutdruck. Dadurch kann ein Risiko rechtzeitig erkannt und behandelt werden.
4. Störung durch die Beruhigungsspritze nach der Untersuchung (siehe Rückseite/Sedierung).

Termine:

Vorgespräch: _____

Untersuchung: _____

Gibt es andere Untersuchungen für den Dickdarm ?

CT-Coloskopie

Nachteile: Erhebliche Strahlenbelastung, keine Möglichkeit einer Gewebeentnahme, Polypenentfernung etc.

Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor, die für die Untersuchung wichtig sind ?

	Ja	Nein
Schwere Lungenkrankheiten, Asthma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Herz-, Herzklappenerkrankungen. Störung der Blutgerinnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige wichtige Krankheiten Welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien, insbesondere gegen Soja oder Hühnereiweiss ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter übertragbaren Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV) Welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein: (Bitte Medikamentenliste zur Vorbesprechung mitbringen)

- ASS / Asperin / Plavix etc. _____
- Marcumar _____
- Sonstige Gerinnungshemmer
- Diabetes mellitus. Medikamente

Besonderheiten und Änderungen in der Medikamenteneinnahme werden mit Ihnen bei der Vorbesprechung individuell geklärt.

Einverständniserklärung Coloskopie

Ich bin mit einer Coloskopie einverstanden:

Ja Nein

Datum / Unterschrift des Patienten: _____

Bemerkung des Arztes: _____

Unterschrift des Arztes: _____



Name:

Telefon der Praxis bei Rückfragen:

0531/1233970

Polypenabtragung (Polypektomie)

Nahezu jeder Darmkrebs entwickelt sich aus gutartigen Vorstufen, so genannten Polypen (Adenome).

Wenn diese rechtzeitig abgetragen werden, kann Darmkrebs verhindert werden. Die Abtragung erfolgt durch Drahtschlingen, durch die elektrischer Strom geleitet wird. Sehr kleine Polypen, so genannte Polypenknospen oder sehr flache Polypen sind für die Schlingenabtragung nicht geeignet. Sie werden mit Zangen oder mittels Argonplasmakoagulation (Argon-Beamer) durch Verschorfung beseitigt. Diese Maßnahmen können auch noch mehrere Tage bis zu zwei Wochen nach dem Eingriff zu folgenden Komplikationen führen:

1. Verletzung der Darmwand mit eventuell Bauchfellentzündung (Peritonitis).

Selten, nach neuesten Erkenntnissen **in weniger als 0,5 % aller Eingriffe.**

Behandlung: Operation, ggf. wiederholte Operationen bei ungünstigem Verlauf oder Therapie.

2. Blutung: Bei etwa 0,4 - 0,7 % aller Eingriffe.

Sie kommen meist spontan zum Stillstand oder können durch blutstillende endoskopische Maßnahmen sofort behandelt werden. In extrem seltenen Fällen sind die Blutungen so massiv, dass auch eine Bluttransfusion oder eine Operation erforderlich sind.

3. Schmerzen: Als Folge einer Bauchfellreizung (meist Stunden bis Tage nach Polypabtragung). In der Regel medikamentöse Therapie ausreichend.

Nach einer Polypenabtragung oder Verschorfung dürfen Sie 48 Stunden nur leichte Kost zu sich nehmen. Gerinnungshemmende Medikamente müssen in Absprache mit uns oder Ihrem Hausarzt für einen gewissen Zeitraum nach der Polypenentfernung weggelassen werden. Bei Schmerzen oder Abgang von Blut müssen Sie uns oder Ihrem Hausarzt unverzüglich verständigen, bzw. ein Krankenhaus aufsuchen.

Nach einer Polypenabtragung erhalten Sie von uns entsprechende Anweisungen für Ihr Verhalten nach dem Eingriff.

Einverständniserklärung Polypenabtragung

Ich bin mit einer Polypenabtragung einverstanden:

Ja

Nein

Datum / Unterschrift des Patienten:

Bemerkung des Arztes:

Unterschrift des Arztes:



Name:

Telefon der Praxis bei Rückfragen:
0531/1233970

Beruhigungsspritze (Sedierung)

Prinzipiell können die meisten der in unserer Praxis durchgeführten endoskopischen Untersuchungen und Eingriffe bei vollem Bewusstsein und ohne beruhigende oder schlaffördernde Medikamente durchgeführt werden.

Allerdings besteht sehr häufig der Wunsch nach einer „Beruhigungsspritze“ vor solchen Behandlungen, wobei verschiedene Gründe (Angst, schlechte Erfahrungen oder voraussehbare Probleme/Schmerzen) angeführt werden.

In der Praxis werden folgende Substanzen eingesetzt:

- **Midazolam**
- **Propofol**
- **Ketamin oder andere Substanzen**

Mögliche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen:

- Blutergüsse, stärkere Blutungen und Infektionen im Bereich der Einstichstelle: selten. Extrem selten führen Infektionen zu einer allgemeinen Blutvergiftung (Sepsis)
- Nervenschäden (Missempfindungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen) extrem selten
- Unerwünschte Wirkungen: Überempfindlichkeit (Allergien), Atembeschwerden oder Kreislaufreaktion (z.B. Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen) sind selten und lassen sich meist schnell beheben.

Lebensbedrohliche Komplikationen z.B. Atem- oder Herz-Kreislaufstillstand, Aspiration von Speichel oder Mageninhalt, Embolien, Thrombosen oder Organschädigungen sind äußerst selten.

Einschränkung der Verkehrs- und Arbeitsfähigkeit:

Nach einer Sedierung sind Sie am Tag der Untersuchung nicht verkehrstauglich. Sie dürfen deshalb nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und auch keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Nach der Untersuchung ist es daher erforderlich, dass **Sie von einer Begleitperson aus der Praxis abgeholt** werden.

Falls Sie mit dem Taxi nach Hause fahren, bitten Sie den Taxifahrer, Sie bis zur Wohnungstüre zu begleiten.

Bitte entscheiden Sie, ob Sie eine Sedierung wünschen.



Einverständniserklärung Sedierung

Ich fühle mich über die geplante Sedierung gut informiert, habe keine weiteren Fragen und möchte die Untersuchung mit Sedierung durchführen lassen:

Ja

Nein

Datum / Unterschrift des Patienten: _____

Ich versichere, dass ich von einer Begleitperson abgeholt werde oder mit einem Taxi nach Hause fahren werde.

Datum / Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Untersuchungsdokumentation Datum: _____

Untersucher: Gee Tesch Gen Assistenz: _____

	Anfang	Ende	Anfang	Ende
Uhrzeit				
RR in mmHg				
Puls/min				
O2-Sättigung				
PROPOFOL			MIDAZOLAM	
POLY		PE		KETANEST