

## Magenspiegelung (ÖGD)

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Mit der Magenspiegelung (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm) können Ursachen Ihrer Beschwerden genauer festgestellt werden. Die Notwendigkeit und die Durchführung der Untersuchung und der durchzuführenden Maßnahmen hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt mit Ihnen besprochen.

Diese Aufklärungsinformation soll Ihnen helfen, die Risiken und den Nutzen dieser Untersuchung weiter kennen zu lernen und Sie zusätzlich zum Aufklärungsgespräch zu informieren.

**Vorbereitung der Untersuchung:** Eine spezielle Vorbereitung zur Untersuchung ist nicht notwendig, jedoch muss die Untersuchung nüchtern durchgeführt werden. Das bedeutet, dass Sie 8 Stunden vor der geplanten Untersuchung nichts mehr essen dürfen. Trinken ist bis 2 Stunden vor der Untersuchung erlaubt (klare Flüssigkeit, keine Milch).

**Durchführung der Spiegelung:** Es wird ein biegsames optisches Instrument, das Endoskop, über die Mundhöhle in die Speiseröhre und weiter in den Magen und Zwölffingerdarm eingeführt. Während der Untersuchung wird zur besseren Beurteilung der Schleimhäute etwas Luft eingeblasen. Um die Untersuchung für Sie angenehmer zu gestalten, wird die Rachenhinterwand betäubt und eine Beruhigungs- / Schmerzspritze auf Wunsch verabreicht. Falls erforderlich werden Gewebeproben entnommen. Da in der Schleimhaut schmerzempfindliche Zellen nicht vorhanden sind, verspüren Sie davon nichts. Schleimhautwucherungen (Polypen) können so ebenfalls abgetragen und Krampfadern in der Speiseröhre verodet (Sklerosierung) werden.

**Mögliche Komplikationen:** Die Spiegelung des oberen Verdauungstraktes ist heute ein risikoarmes Routineverfahren. Trotz größter Sorgfalt, die wir selbstverständlich bei Ihnen walten lassen, kann es in seltenen Fällen dennoch zu Komplikationen kommen. Zu nennen sind:

Verletzungen der Wand des Verdauungstraktes, des Kehlkopfes und der Luftröhre durch das Endoskop oder Zusatzinstrumente oder das Einblasen von Luft bis hin zum Durchbruch (Perforation). Dies kann eine Operation erforderlich machen, welche ihre eigenen Risiken besitzt.

Stärkere Blutungen durch die Entnahme von Gewebeproben oder Polypenabtragungen. Sie werden in der Regel sofort erkannt und können durch die Einspritzung blutstillender Medikamente über das Endoskop umgehend behandelt werden. Trotzdem kann eine Operation erforderlich werden, welche ihre eigenen Risiken besitzt.

Selten werden eine Beeinträchtigung der Atemfunktion bis hin zum Atemstillstand, insbesondere bei der Gabe von Beruhigungs- oder Schmerzmittel beobachtet. Durch die Überwachung unseres Praxisteam während und nach der Untersuchung wird diese Gefährdung jedoch beträchtlich reduziert.

Überempfindlichkeitsreaktionen auf die verwendeten Medikamente oder örtlichen Betäubungsmittel.

Sehr selten treten Herz - Kreislaufstörungen und andere Komplikationen, wie z. B. Keimverschleppung in die Blutbahn bis hin zur Blutvergiftung, Verletzungen durch Lagerung vor, während und nach der Untersuchung oder Gebisschäden bei lockeren Zähnen auf.

**Worauf Sie nach der Spiegelung achten sollten:** Nach der Untersuchung dürfen Sie sofort wieder essen und trinken. Falls Sie eine Rachenbetäubung erhalten haben, dürfen Sie etwa eine Stunde nach der Untersuchung nichts essen und trinken um ein Verschlucken in die Luftröhre zu verhindern. Sie sollten auf jeden Fall so lange warten, bis das „Kloßgefühl“ im Rachen verschwunden ist.

Weitere Nahrungsaufnahme bitte nur nach den Empfehlungen Ihres/Ihrer behandelnden Arztes/behandelnder Ärztin. Treten nach der Spiegelung Schmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen (z. B. Schwindel, Übelkeit, Bluterbrechen) auf, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihren behandelnden Arzt oder direkt an uns.

**Wichtige Fragen von uns an Sie zu Ihrer Sicherheit:** Bitte beantworten Sie diesen Abschnitt besonders sorgfältig, damit wir in Ihrem Falle individuelle Risiken besser abschätzen, und ihnen rechtzeitig begegnen können:

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

- 1) Besteht eine *Bluterkrankung / erhöhte Blutungsneigung* (blaue Flecken etc.)? ja nein
- 2) Nehmen Sie *blutverdünnende Medikamente* ein (z. B. Marcumar, Aspirin)?  
wenn ja, welche? Ja nein
- 3) Besteht eine *Allergie / Überempfindlichkeitsreaktion* (z. B. Asthma, Pflaster)? ja nein
- 4) Besteht eine *Herz- Kreislauf- oder Lungenerkrankung* (z. B. künstl. Herzklappen)?  
wenn ja, welche? ja nein
- 5) Besteht eine *akute / chronische Infektion* (z. B. Hepatitis, Aids)?  
wenn ja, welche? ja nein
- 6) Sind *Störungen des Stoffwechsels* bekannt (z.B. Diabetes)?  
wenn ja, welche? ja nein
- 7) Wurden Sie bereits am *oberen Verdauungstrakt operiert*?  
welche Operation? wann? ja nein
- 8) Haben Sie lockere *Zähne, Zahnkrankheiten, Zahnersatz*?  
Zahnersatz herausnehmbar? ja nein
- 9) Frauen im gebärfähigen Alter: könnten Sie schwanger sein? ja nein

**Haben Sie Fragen zum Aufklärungsgespräch?** Bitte zögern Sie nicht, alle Sie interessierenden Fragen an Ihren/Ihre behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin zu stellen. Zum Beispiel über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, andere alternative Untersuchungsmethoden oder sprechen Sie mit ihm/ihr über Ihre persönlichen, nicht im Aufklärungsbogen vermerkten Risiken.

**Einwilligungserklärung:**

1) Über die geplante Untersuchung sowie ggf. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen hat mich Herr Dr. in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung der Untersuchung, über Risiken und Nebenwirkungen sowie möglichen Komplikationen und Folgemaßnahmen einschließlich der Gewebeprobenentnahme, Polypektomie (Geschwulstabtragung) und Verödungsmaßnahmen stellen. Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsbogens verstanden und versichere die Fragen sorgfältig beantwortet zu haben. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit in die geplante Untersuchung ein. Mit während der Untersuchung notwendig werdenden Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt/Ärztin:** \_\_\_\_\_

**ABLEHNUNG DER UNTERSUCHUNG**

Ich lehne die Untersuchung / Behandlung ab.

Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_

**MVZ Dorfen**  
Erdinger Straße 17a  
84405 Dorfen  
  
Tel. 08081 9533 0  
Fax. 08081 1498  
  
www.mvz-dorfen.de  
  
info@mvz-dorfen.de

**MVZ Dorfen**  
**Allgemeinmedizin:**  
**Sportmedizin:**  
Dr. med. Emil Rudolf  
Dr. med. Julia Kiskalt  
Dr. med. Stefanie Hüge  
Dr. med. univ. Elfriede Zeintl  
Dr. med. Markus Bräunling

**MVZ Dorfen**  
**Gastroenterologie:**  
Dr. med. Ludwig Rudolf  
Dr. med. Christian Zillinger  
Dr. med. Jochen Türck  
Herr Dirk Wefelscheid  
**Filialpraxis Haag**  
Krankenhausstraße 4  
83527 Haag  
**Filialpraxis Erding**  
Bajuwarenstraße 7  
85435 Erding

**MVZ Dorfen**  
**Kardiologie:**  
Dr. med. Walter Ruckdeschel  
Dr. med. Carsten Husemann  
Dr. med. Frank Matthes  
**Filialpraxis Taufkirchen**  
Landshuter Straße 8  
84416 Taufkirchen  
  
**Diabetologie:**  
Herr Uwe Bärbock

**MVZ Dorfen**  
**Filialpraxis Oberding:**  
Dr. med. Anja Jakowetz  
  
Hauptstraße 23 a  
85445 Oberding  
  
Tel. 08122 18475  
Fax. 08122 95 99 772