

#### Vorbereitung:

- letzte Mahlzeit am Vorabend gegen 18 Uhr
- kleine Mengen Wasser am Untersuchungstag sind erlaubt
- keine Medikamenteneinnahme
- bitte ein Handtuch mitbringen

Name: \_\_\_\_\_

Termin: \_\_\_\_\_

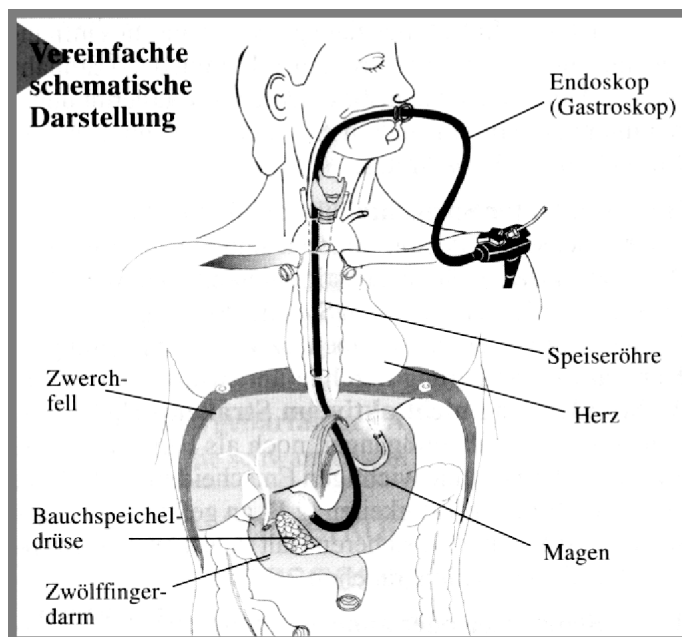
Informationsblatt für Patienten

## Magenspiegelung (Gastroskopie)

*Die Magenspiegelung ist eine Untersuchungsmethode, die darauf zielt, krankhafte Veränderungen in der Speiseröhre, im Magen oder im Zwölffingerdarm frühzeitig zu erkennen. Sie erlaubt die Betrachtung des oberen Verdauungstraktes sowie die Entnahme von Gewebeproben (Biopsien) zur mikroskopischen Untersuchung.*

### Wie wird die Untersuchung durchgeführt?

Ein biegsames Instrument (Gastroskop) wird durch die Mundhöhle und die Speiseröhre in den Magen und den Zwölffingerdarm vorgeschoben. Durch Einblasen von Luft wird eine ausreichende Sicht gewährleistet. Mit einer winzigen Zange werden Gewebeproben entnommen.



### Bereitet die Untersuchung Schmerz, Unbehagen?

Die Untersuchung ist schmerzlos. In der Regel müssen Sie nur einmal schlucken, damit das Gastroskop vom Mund in die Speiseröhre gleitet. Dabei kann ein Würgereiz auftreten. Zur Minderung dieses Problems bieten wir einen Rachenspray zur örtlichen Betäubung an.

### Was ist vor einer Gastroskopie zu beachten?

Zur Magenspiegelung müssen sie nüchtern sein. Sie sollten daher etwa 10 –12 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen oder trinken. Bringen Sie bitte Ihre **Medikamentenliste** mit.

### Was ist nach der Gastroskopie zu beachten?

Falls Sie zur Vermeidung des Würgereizes eine örtliche Rachenbetäubung erhalten haben, sollten Sie 1 Stunde nach der Untersuchung nichts essen, um ein Fehlschlucken zu vermeiden.

Wenn Sie eine Beruhigungsspritze bekommen haben, ist Ihr Reaktionsvermögen über Stunden eingeschränkt, ohne dass Sie dies selbst merken. Planen Sie ein, etwa 60 Minuten in der Praxis nachzuruhen. Auch wenn Sie sich bereits wieder fit fühlen, dürfen Sie an diesem Tag nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Sorgen Sie möglichst dafür, dass Sie von einer volljährigen Begleitperson aus der Praxis abgeholt werden. Auf Wunsch bestellen wir Ihnen auch ein Taxi.

### **Können Komplikationen auftreten?**

Die Magenspiegelung ist eine seit Jahren bewährte Untersuchungsmethode. Ernste Komplikationen werden mit einer Häufigkeit von weniger 1:10.000 bis 20.000 angegeben. Sie treten insbesondere bei der Injektion eines Beruhigungsmittels auf, da diese Medikamente Atem- und Kreislauffunktionen beeinträchtigen können. Bei endoskopischen Eingriffen besteht ein höheres Risiko eine Blutung auszulösen oder die Organwand zu verletzen. Dies kann eine Operation erforderlich machen. In seltenen Fällen können auch Verletzungen der Zähne auftreten.

**Wichtige Fragen, die Sie sorgfältig beantworten sollten**, um Gefahrenquellen zu erkennen und spezielle Risiken besser abschätzen zu können.

- 1) Besteht eine **Bluterkrankung/ erhöhte Blutungsneigung** (z. B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)?  nein  ja
- 2) Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung** (z. B. Falithrom, Marcumar, Aspirin, Plavix, Iscover oder andere)?  nein  ja
- 3) Besteht eine **Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion** (z. B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente, Pflaster, Latex, Soja, Hühnereiweiß)?  nein  ja
- 4) Besteht eine **Herz-, Kreislauf-, oder Lungenerkrankung** (z. B. Herzinfarkt oder Chronische Bronchitis)?  nein  ja
- 5) Tragen Sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator** oder ein **Metallimplantat**?  nein  ja
- 6) Besteht eine akute/chronische **Infektionserkrankung** (z. B. Hepatitis, AIDS)?  nein  ja
- 7) Besteht ein anderes **chronisches Leiden** (z. B. Epilepsie, grüner Star, Lähmungen)?  nein  ja
- 8) Sind Sie **zuckerkrank**, spritzen Sie Insulin, nehmen Sie Zuckertabletten ein?  nein  ja
- 9) Wurden Sie schon einmal am **Magen-Darm-Trakt operiert**?  nein  ja
- 10) Haben Sie **lockere Zähne, Zahnkrankheit** (z. B. Karies, Parodontose) oder tragen Sie **Zahnersatz** oder herausnehmbare Prothesen?  nein  ja
- 11) Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?  nein  ja

Ich erkläre mich mit der vorgeschlagenen Untersuchung, wenn erforderlich auch Wiederholung der Untersuchung sowie evt. notwendigen Folgeeingriffen einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten

---

Unterschrift des Arztes