

INFORMATIONEN ZU IHRER GASTRO- UND / ODER KOLOSKOPIE (Magen- / Darmspiegelung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

anbei finden Sie alle wichtigen Informationen rund um die bei Ihnen geplante endoskopische Untersuchung in unserem Zentrum für Gastroenterologie.

Wir bitten Sie, sich alle Informationen ausführlich durchzulesen. Dies ist wichtig, um Ihnen einen reibungslosen und sicheren Ablauf der Untersuchung bieten zu können.

Denken Sie bitte außerdem daran, folgendes mitzubringen:

- Vorbefunde (z. B. Laborwerte, Gerinnungswerte, Arztbriefe)
- T-Shirt (zum Wechseln)
- Decke (zum Zudecken)
- großes Handtuch (Saunahandtuch) bei Koloskopie
- Medikamentenplan

Wir bitten Sie darum, **15 Minuten vor Ihrem vereinbarten Termin** in der Praxis zu sein. Dies gilt nicht für Patienten mit einem Termin zu Praxisbeginn um 07:30 Uhr. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

Falls Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Ihr Praxis Team vom Zentrum für Gastroenterologie und der ZfG MVZ GmbH

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis Dr. Renard & Kollegen begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam Dr. Renard & Kollegen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Mobil E-Mail

Größe Gewicht Krankenkasse

Arbeitgeber Beruf/Tätigkeit

Hausarzt Überweisender Arzt

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

Magen-Darm-Erkrankungen

Bauchschmerzen | seit:

Verstopfung | seit:

Blähungen | seit:

Durchfall (> 3 x tgl.) | seit:

Sodbrennen | seit:

Darmblutungen | seit:

Gewichtsverlust | seit:

sonstige:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Darmpolypen | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intol.: _____ | | <input type="checkbox"/> Helicobacterbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Voroperationen/sonstige: _____ | | <input type="checkbox"/> perianale Blutung(en) |

Leber-/Gallenkrankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
|--|---|---|

Lungenerkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|--|--|--|

Herzerkrankung/erhöhter Blutdruck

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz welcher: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Nierenerkrankung

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|---|---------------------------------------|--|

Sonstige

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Leukämie/Lymphome | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke welche: _____ | | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____ (insbes. Darmkrebs) | | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- Marcumar Xarelto Lixiana ASS Plavix Sintrom Brilique
 Phenpro Pradaxa Efient Aspirin Iscover Eliquis Clopidogrel
 Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer

Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: _____

- | | ja | nein | | _____ |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Besteht eine Soja- o. Erdnuss-Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: | _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel: | _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel: | _____ /Tag seit: _____ |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche: | _____ |

Erhebung der Blutungsanamnese

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: _____

Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist eine Thrombozytopenie bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelenkblutungen/Blutungen in Weichteile oder Muskeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie bei Wunden ein längeres Nachbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat ein längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab/Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Punktförmige Blutungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient seit mind. 2 Jahren <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen / Praxisschild <input type="checkbox"/> Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt | <u>Internet:</u> <input type="checkbox"/> Soziale Medien (Facebook, Instagram, TikTok) <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Jameda | <u>Empfehlung:</u> <input type="checkbox"/> Privat: _____ <input type="checkbox"/> Arzt: _____ |
|--|---|--|

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift



Dokumentierte Patientenaufklärung
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Koloskopie

ggf. mit endoskopischer Resektion/Polypektomie

Spiegelung des Dickdarms ggf. mit Beseitigung krankhafter Veränderungen

Adressaufkleber Patient

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

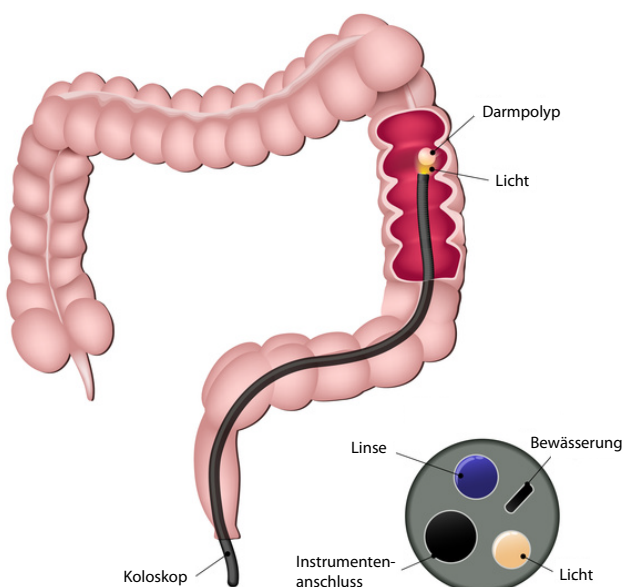
bei Ihnen ist eine Spiegelung des Dickdarms geplant. Mithilfe dieser soll die Ursache Ihrer Beschwerden genauer festgestellt und, falls möglich, behandelt werden. Die Spiegelung des Dickdarms kann aber auch als Krebsvorsorgeuntersuchung erfolgen.

Bitte lesen Sie sich diesen Aufklärungsbogen gut durch. Ihre Fragen können in einem Aufklärungsgespräch beantwortet werden.

Ablauf der Koloskopie

Der Arzt schiebt das Endoskop vorsichtig vom After aus in den Dickdarm bis zur Mündung des Dünndarms. Durch das Einblasen von Luft oder CO₂ können krankhafte Veränderungen des Darms besser erkannt werden.

Während der Spiegelung können auch Gewebeproben entnommen werden, welche zur genaueren Untersuchung eingeschickt werden. Krankhafte Veränderungen, zum Beispiel Polypen oder Blutungen werden, wenn möglich, sofort behandelt.



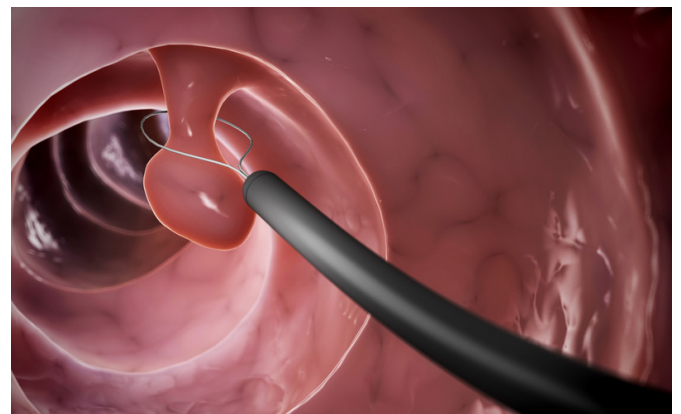
Ablauf der Sedierung (Schlafspritze)

Auf Ihren Wunsch hin können Sie eine Schlafspritze bekommen. Dafür verwenden wir entweder Propofol oder Midazolam. Ihnen wird dafür eine Venenverweilkanüle gelegt. Puls, Blutdruck und Sauerstoffsättigung werden während der Sedierung fortlaufend überwacht.

Ablauf einer möglichen Behandlung

Gestielte Polypen können, bis zu einer gewissen Größe, mit einer Elektroschlinge abgetragen werden. Flache Polypen werden durch Einspritzen eines Medikamentes abgehoben und dann mit der Elektroschlinge abgetragen.

Blutungsquellen können durch Einspritzen eines Medikamentes oder durch das Abbinden mittels eines Metallclips gestillt werden.



Alternativmethoden zur Koloskopie

Alternative Methoden, zum Beispiel Ultraschall, Computertomographie oder Kernspintomographie, sind zwar weniger belastend, ermöglichen es dem Arzt jedoch nicht, den Dickdarm direkt zu beurteilen, Proben zu entnehmen oder Behandlungen durchzuführen.

Mögliche Risiken und Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu Komplikationen kommen, welche weitere Behandlungsmaßnahmen, bis hin zu intensivmedizinischer Behandlungen und Operationen erfordern können.

Folgende Risiken und Komplikationen können entstehen:

- Sehr selten: Verletzung der Darmwand mit Darmdurchbruch oder des Schließmuskels.
- Äußerst selten: Verletzung umgebender Organe
- Sehr selten: Blutungen durch die Entnahme von Gewebeproben. In der Regel werden diese durch Medikamenteneinspritzung, Metallclips oder elektrischer Verödung gestillt. In Extremfällen kann eine Übertragung von Blut oder eine Operation notwendig werden. Äußerst selten Bildung narbiger Engstellen oder Geschwürbildung nach Polypenabtragung.
- Sehr selten: Infektionen mit Fieber.
- Sehr selten: Keimausbreitungen in die Blutbahn.
- Sehr selten: Allergie und Unverträglichkeiten (zum Beispiel Medikamente wie Narkosemittel), welche bis zum akuten Kreislaufchock führen können und intensivmedizinische Maßnahmen erfordern können.
- Sehr selten: Haut-, Gewebe- oder Nervenschäden durch die Lagerung während der Sedierung oder Unverträglichkeiten gegenüber Desinfektionsmitteln oder elektrischen Strom.
- Luft, welche nach der Koloskopie im Darm verbleibt kann Krämpfe und Blähungen verursachen. Dies kann durch den Einsatz von CO₂ deutlich reduziert oder ganz vermieden werden.

Erfolgsaussichten

Durch die Koloskopie lassen sich krankhafte Veränderungen mit hoher Sicherheit feststellen.

In Fällen von Engstellen im Darm oder von verunreinigten Därmen kann es notwendig sein, die Untersuchung abubrechen. Zum Teil ist es dann notwendig die Spiegelung zu wiederholen oder eine andere Untersuchungsoption zu wählen.

Auch nach erfolgreicher Polypenabtragung können sich Polypen neu bilden.

Wichtiger Hinweis

Treten, auch einige Tage nach der Untersuchung, Bauchschmerzen, andere stärkere Befindlichkeitsstörungen (Schwindel, Erbrechen, Fieber, starke Übelkeit) auf oder tritt Blut aus dem After aus, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt, die Notaufnahme einer Klinik oder auch Ihren Hausarzt.

Einwilligungserklärung

Über die geplante Darmspiegelung, Risiken und Komplikationen, Erfolgsaussichten, Alternativmethoden, eventuell erforderliche weitere Behandlungsmaßnahmen, wurde ich ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige, nach ausreichender Bedenkzeit, in die geplante Untersuchung, einschließlich notwendiger Behandlungsmaßnahmen, ein.

Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffs bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, die Praxis nach erfolgter Sedierung nicht alleine zu verlassen und stelle sicher, von einer Begleitperson abgeholt zu werden. Sollte mir dies nicht möglich sein, willige ich hiermit ein, die Praxis nur in Begleitung eines Taxifahrers zu verlassen. Mir ist bekannt, dass ich nach erfolgter Sedierung am Untersuchungstag kein Fahrzeug mehr führen darf.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung über den geplanten Eingriff.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Patient

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU IHRER DARMSPIEGELUNG (Koloskopie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Darmspiegelung geplant. Diese Informationen dienen dem reibungslosen und komplikationsfreien Ablauf Ihrer Untersuchung. Bitte lesen Sie die Informationsblätter sorgfältig durch und halten Sie sich an die Vorgaben. Bei Fragen können Sie sich gerne vor der Untersuchung oder am Tag der Untersuchung an uns wenden.

Fürth: 0911 6600050

Zirndorf: 0911 606440

Nürnberg: 0911 962630-232

Weshalb und wie erfolgt eine Darmspiegelung?

Die Darmspiegelung dient der Untersuchung des Dickdarms und bietet die höchste Genauigkeit für das Auffinden von Darm-
polypen oder Darmkrebs.

Mittels modernen Video-Endoskopen erfolgt eine Untersuchung des Dickdarms sowie des letzten Stücks des Dünndarms. Während der Untersuchung können auffällige Befunde (Darmpolypen, Entzündungen) sofort mittels Entnahme einer schmerz-
freien Gewebeprobe untersucht werden.

Untersuchung mit Sedierung (Schlafspritze)

- Falls eine **Sedierung** (Schlafspritze) gewünscht ist, **benötigen Sie eine Begleitperson**. Alternativ rufen wir, auf Ihre eigenen Kosten, ein Taxi für Sie. Der Taxifahrer holt Sie dann in der Praxis ab.
- Falls Sie eine Sedierung (Schlafspritze) bekommen, dürfen Sie am Untersuchungstag kein Fahrzeug mehr führen.
- Ohne Spritze können Sie nach der Untersuchung alleine die Praxis verlassen und auch ein Fahrzeug führen.

Medikamente, welche vor einer Magen- & Darmspiegelung abgesetzt werden müssen:

- Clopidogrel, Efient, Brilique: 7 Tage vor der Untersuchung absetzen.
- Xarelto, Pradaxa, Eliquis und Lixiana: 2 Tage vor der Untersuchung sowie am Untersuchungstag nicht mehr nehmen.
- Marcumar: 10 Tage vor der Untersuchung absetzen. Der INR soll unter 1,4 sein.
- Diabetesmedikamente: Metformin 2 Tage vor der Untersuchung absetzen.
- Insulin: Muss vorab mit dem Hausarzt/Diabetologen besprochen werden; von unserer Seite aus ist keine Pausierung erforderlich.

Alle anderen Medikamente können weiter eingenommen werden. Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt, **bevor** Sie die o. g. Medikamente absetzen! Sie oder Ihr Hausarzt können gerne Rücksprache mit unseren Ärzten halten.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Untersuchungstag (und ggf. für den Abfuhrtag) wird, bei Bedarf, ausgehändigt.

WICHTIG:

Bitte beachten Sie besonders genau die auf den folgenden Seiten stehenden Empfehlungen zur Nahrungsmittelaufnahme in den Tagen vor der Untersuchung sowie auf die korrekte Anwendung der Abführmittel!

NAHRUNGSMITTELAUFNAHME IN DEN TAGEN VOR DER UNTERSUCHUNG

Diese Anweisungen müssen zwingend eingehalten werden, da ansonsten ggf. die Untersuchung wegen Sichtbehinderung oder Geräteverstopfung abgebrochen werden muss.

4 Tage vor der Untersuchung

Auf kleine Körner verzichten (Vollkornbrot, Müsli, Mohn, Naturreis, Sesam, Hülsenfrüchte).
Verzichten Sie bitte auch auf rohe Tomaten, Weintrauben, Kiwi, ungeschältes Obst, Gurken, ungeschälte Paprika, Kohlsorten und Spargel.

2 Tage vor der Untersuchung

Nur leicht verdauliche Nahrungsmittel:

Tee, klare Brühe, Eier, Kartoffelbrei, Weißbrot, helle Brötchen mit magerer Wurst oder Fruchtgelee.

1 Tag vor der Untersuchung

Frühstück

Eine Scheibe helles Brot oder Brötchen mit magerer Wurst oder Fruchtgelee sind erlaubt, Kamillentee oder Kaffee ohne Milch (keinen Früchtetee).

Mittagessen

Nüchtern bleiben. Möglich ist klare Brühe ohne jegliche Einlage.

Bitte danach keine Nahrung mehr zu sich nehmen. Sie dürfen ab jetzt soviel klare Flüssigkeit (ohne Kohlensäure) zu sich nehmen, wie Sie möchten (**mindestens jedoch 2 Liter oder mehr**).

Nicht erlaubt sind:

Schwarzer Tee, Früchtetee, Cola, rote Fruchtsäfte, trübe Fruchtsäfte und Milch.

1 Tag vor der Untersuchung um 16:00 Uhr

Beginnen Sie mit den Abführmaßnahmen - **Beachten Sie dabei genau** den beiliegenden Abführplan für die Darmreinigung.

VORBEREITUNG IHRES DARMS FÜR DIE KOLOSKOPIE MIT DEM ABFÜHRMITTEL EZICLEN

Um 16:00 Uhr am Vortag beginnen Sie mit der Darmreinigung:

1. Nehmen Sie eine (1) Flasche und geben Sie den Inhalt in den beigefügten Messbecher
2. Füllen Sie den Messbecher bis zur Markierung mit Wasser auf (insgesamt 500 ml)
3. Trinken Sie den Inhalt innerhalb von einer Stunde langsam aus

Trinken Sie in der nächsten Stunde zwei weitere Messbecher (insgesamt 1 Liter) klare Flüssigkeit (z. B. Wasser ohne Kohlensäure, Tee, Fleischbrühe)

Am Untersuchungstag

Wiederholen Sie die Vorbereitung 4 Stunden vor Ihrem Untersuchungstermin in gleicher Weise wie am Vortag der Untersuchung:

1. Nehmen Sie eine (1) Flasche und geben Sie den Inhalt in den beigefügten Messbecher
2. Füllen Sie den Messbecher bis zur Markierung mit Wasser auf (insgesamt 500 ml)
3. Trinken Sie den Inhalt innerhalb von einer Stunde langsam aus

Während der Vorbereitung dürfen Sie keine feste Nahrung zu sich nehmen! Sie sollten aber insgesamt mehr als 2 Liter klare Flüssigkeit zusätzlich zum Abführmittel trinken.

Bitte halten Sie sich auch streng an die mitgegebenen Empfehlungen zur Nahrungsaufnahme auf der vorhergehenden Seite!

Einsatz von Kohlendioxid (CO₂) bei der Darmspiegelung

Um den Darm gut zu entfalten und dadurch die Schleimhautoberfläche optimal beurteilen zu können, wird über das Endoskop Luft zugeführt. Es kann vorkommen, dass diese für einige Zeit im Darm verbleibt, bevor sie auf natürliche Weise wieder ausgestoßen wird. Dabei können des öfteren Völlegefühl und krampfartige Beschwerden aufkommen.

Kohlendioxid-Gas (CO₂) wird stattdessen 150-mal schneller über die Darmwand aufgenommen und abgeleitet, bzw. letztendlich über die Lunge abgeatmet. Auf diese Weise ist der Darm rasch nach der Untersuchung entbläht und bereitet deshalb keine Beschwerden mehr. Bauchkrämpfe nach der Darmspiegelung gehören somit der Vergangenheit an.

Da die Kosten dieses Verfahrens von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden, müssen wir Ihnen diese in Rechnung stellen. Die Verabreichung von CO₂ während der Darmspiegelung kostet pauschal 20 Euro.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an unsere Endoskopie-Fachkräfte wenden.

DIAGNOSTIK MITTELS KÜNSTLICHER INTELLIGENZ (KI)

Künstliche Intelligenz in der Koloskopie

Ein Meilenstein - ab sofort bei uns!

In unserem gastroenterologischen Zentrum setzen wir ab sofort künstliche Intelligenz (kurz KI) zur Diagnostik von Darmpolypen und Darmkrebs ein.

Diese erkennt Polypen, welche kleiner als 5 mm sind, nachweislich signifikant besser als erfahrene Gastroenterologen. Eine bestimmte Licht- und Scantechnik erkennt sogar, ob die Polypen entarten können oder harmlos sind. Durch diese verbesserte Untersuchungstechnik lassen sich zukünftig auch Polypen entdecken, die so klein sind, dass sie mit dem menschlichen Auge kaum zu erkennen sind. Mittels KI steigt die Wahrscheinlichkeit maßgeblich, im Vergleich zur konventionellen Koloskopie, auch kleine Polypen zu entdecken und zu entfernen.

Insbesondere ist diese technische Neuerung, neben der verbesserten Diagnostik, weniger anfällig für Fehler, die von der Tagesform, Wachheit und Konzentration des Untersuchers abhängen. Die medizinische Diagnostik- und Behandlungsqualität wird durch die Anwendung der KI wesentlich verbessert. Natürlich wird die KI ergänzend verwendet und dient dem ärztlichen Endoskopiker als zusätzliche Hilfe, das heißt der Arzt wird nicht ersetzt, sondern um eine digitale Kompetenz ergänzt.

Unser „Koloskopie plus“ Paket:

Die „Koloskopie plus“ enthält sowohl die Diagnostik durch einen Gastroenterologen, der die KI anwendet, als auch den Einsatz von CO₂ um den Darm zu entfalten. Durch den Einsatz der KI erhöht sich die diagnostische Sicherheit Ihrer Untersuchung wesentlich. Zudem verringern sich, durch den Einsatz von CO₂, Ihre Beschwerden nach der Koloskopie. Sie haben dadurch, dass CO₂ ca. 150-mal schneller vom Darm resorbiert wird als Raumluft, erheblich weniger Krämpfe und Blähungen nach der Untersuchung.

Da die Kosten beider Verfahren von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden, müssen wir Ihnen diese in Rechnung stellen. Diese absolut herausragende neue Diagnostik ist eine klare medizinische Empfehlung von uns an Sie.

Die regulären Kassenleistungen bieten wir selbstverständlich weiterhin für Sie an. Es kann eine Koloskopie sowohl einzeln als auch mit den genannten Ergänzungen gebucht werden:

| | |
|--|----------------|
| Koloskopie Standard: | Kassenleistung |
| Koloskopie plus (KI mit CO ₂): | 50,00 Euro |
| Koloskopie mittels KI: | 46,63 Euro |
| Koloskopie Standard mit CO ₂ : | 20,00 Euro |

Für weitere Fragen rund um die Themen Koloskopie, Darmkrebsvorsorge, gastroenterologische Diagnostik und unser neues „Koloskopie plus“ Paket stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung!

Ihr Team im Zentrum für Gastroenterologie Dr. Renard & Kollegen

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Anderer Ärzte und Behandler gegenüber Dr. Renard & Kollegen -

Sehr geehrter Patient,

um weiterhin einen schnellen, sicheren und unkomplizierten Datenaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Fachärzten und / oder Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH:

Hiermit entbinde ich,

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Angehörige von Krankenhäusern, welche mich untersucht, behandelt und / oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- sowie Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an die ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH herausgegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Dr. Renard & Kollegen gegenüber anderen Personen, Ärzten, Behandler -

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Straße, PLZ, Ort)

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle:

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an folgende Personen herausgegeben werden dürfen: (bitte ankreuzen und ausfüllen)

Mitbehandelnde Ärzte

Ehepartner (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Familienangehörige (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Personen aus dem Bekanntenkreis / Freunde (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Bitte tragen Sie hier die Personen, welche Befunde, Laborwerte sowie Rezepte ausgehändigt bekommen bzw. erfragen dürfen, mit vollständigem Namen sowie Geburtsdatum ein.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: 02/2023

FESTE TERMINVEREINBARUNG / TERMINVERSÄUMNIS / BEREITSTELLUNGSHONORAR

1. Sie haben einen Termin für eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) und / oder **Gastroskopie** (Magenspiegelung) erhalten.

2. Sie verpflichten sich, den Behandlungstermin pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d. h. spätestens 24 Werktagsstunden vor einer geplanten Gastroskopie bzw. 48 Werktagsstunden vor einer geplanten Koloskopie oder kombinierten Gastro- / Koloskopie abzusagen.

Termine am Montag sind bis spätestens Freitag 12:00 Uhr der vorausgehenden Woche abzusagen.

Absagen können telefonisch, schriftlich, mündlich, per Fax oder E-Mail erfolgen. Entscheidend ist der Zugang in unserer Praxis.

3. In gastroenterologischen Praxen wird aufgrund der Zeitgebundenheit der Untersuchungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet und es wird zu jedem Termin nur ein Patient einbestellt. Der Termin wird insofern nur für den Patienten freigehalten und kann bei einer kurzfristigen Absage nicht anders vergeben werden.

Bei einer Terminabsage entgegen den Vorschriften nach Absatz 2 wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von max. 300 Euro (bei einer Gastroskopie 100 Euro, einer Koloskopie 200 Euro sowie einer kombinierten Gastro- / Koloskopie 300 Euro) berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

4. Im Falle von unverschuldetem Nichterscheinen besteht für Sie selbstverständlich die Möglichkeit der Vorlage eines ärztlichen Attestes im Falle einer Erkrankung. Ein solches kann, gerade bei Unfällen auf dem Weg in die Praxis, natürlich nachgereicht werden. Im Falle von Einwirkungen höherer Gewalt, welche es unmöglich machen den Termin in unserem Haus wahrzunehmen, sind Sie selbstverständlich von o. g. Vereinbarung befreit.

5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

Termin

Name, Vorname

Unterschrift Patient

FESTE TERMINVEREINBARUNG / TERMINVERSÄUMNIS / BEREITSTELLUNGSHONORAR

1. Sie haben einen Termin für eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) und / oder **Gastroskopie** (Magenspiegelung) erhalten.

2. Sie verpflichten sich, den Behandlungstermin pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d. h. spätestens 24 Werktagsstunden vor einer geplanten Gastroskopie bzw. 48 Werktagsstunden vor einer geplanten Koloskopie oder kombinierten Gastro- / Koloskopie abzusagen.

Termine am Montag sind bis spätestens Freitag 12:00 Uhr der vorausgehenden Woche abzusagen.

Absagen können telefonisch, schriftlich, mündlich, per Fax oder E-Mail erfolgen. Entscheidend ist der Zugang in unserer Praxis.

3. In gastroenterologischen Praxen wird aufgrund der Zeitgebundenheit der Untersuchungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet und es wird zu jedem Termin nur ein Patient einbestellt. Der Termin wird insofern nur für den Patienten freigehalten und kann bei einer kurzfristigen Absage nicht anders vergeben werden.

Bei einer Terminabsage entgegen den Vorschriften nach Absatz 2 wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von max. 300 Euro (bei einer Gastroskopie 100 Euro, einer Koloskopie 200 Euro sowie einer kombinierten Gastro- / Koloskopie 300 Euro) berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

4. Im Falle von unverschuldetem Nichterscheinen besteht für Sie selbstverständlich die Möglichkeit der Vorlage eines ärztlichen Attestes im Falle einer Erkrankung. Ein solches kann, gerade bei Unfällen auf dem Weg in die Praxis, natürlich nachgereicht werden. Im Falle von Einwirkungen höherer Gewalt, welche es unmöglich machen den Termin in unserem Haus wahrzunehmen, sind Sie selbstverständlich von o. g. Vereinbarung befreit.

5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

Termin

Name, Vorname

Unterschrift Patient

KOPIE FÜR PATIENT