Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Name, Vorname: Datum:

# Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Dieser Bogen wird Ihrer Karteikarte beigefügt.

**Körpergröße (in cm):** _____ **Gewicht (in kg):** _____

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

_____

_____

_____

| **Wichtige Fragen, bitte Zutreffendes einkreisen** | | **ja** | **nein** |
|---|---|---|---|
| 1 | Nur Frauen! Sind Sie schwanger? Stillen Sie? | | |
| 2 | Konsumieren Sie eines der folgenden Suchtmittel? Wenn ja, welche? (Zigaretten, Alkohol oder sonstige Drogen) | | |
| 3 | Neigen Sie zu blauen Flecken, Nasen- o. Zahnfleischbluten? | | |
| 4 | Haben Sie Allergien (z.B. Heuschnupfen, Pollen, Medikamente)? Wenn ja, gegen | | |
| 5 | Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Tyklid)? Antikoagulanzientherapie wegen: | | |
| 6 | Ist eine Herz- oder Kreislauferkrankung bekannt? (z. B. KHK, Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, TIA, cAVK, pAVK), Stents, Bypass-Operation, wenn ja, wie viele? | | |
| 7 | Ist eine Lungenerkrankung bekannt? (z. B. Lungenembolie, Asthma, COPD, Lungenemphysem) | | |
| 8 | Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator o. ein Metallimplantat (z.B. Gelenkprothese)? | | |
| 9 | Haben Sie eine bekannte chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)? | | |
| 10 | Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus, Diät, OAD, Insulin)? | | |
| 11 | Haben Sie eine Nierenerkrankung? (z. B. Niereninsuffizienz, Nierenkarzinom) | | |
| 12 | Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | | |
| 13 | Anfallsleiden (Epilepsie) | | |
| 14 | Krebserkrankungen | | |
| 15 | Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? | | |
| 16 | Wurden Sie schon einmal am Bauch operiert? (z. B. Kaiserschnitt, Blinddarmentfernung, Darm-OP, Leistenbruch) | | |
| 17 | Traten bei Ihrer Familie Dickdarmerkrankungen auf? | | |

BMI: **O** BMI über 40 **O** 2x Lavage

ASA-Klassifikation: **O** ASA1 **O** ASA2 **O** ASA3 **O** 3x Lavage

Abführmittel: **O** Clensia **O** Endofalk **O** Eziclen **O** Plenvu **O** Citrafleet

**Bitte wenden** **O** mit Überweisungsschein **O** ohne Überweisungsschein

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Name, Vorname: Datum:

# Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Dieser Bogen wird Ihrer Karteikarte beigefügt.

**Hatten Sie bereits eine Magen- oder Darmspiegelung oder einen Ultraschall vom Bauch?**

□ Gastroskopie (Magenspiegelung), wann _____

□ Koloskopie (Darmspiegelung), wann _____

□ IFOBT, wann _____

□ Ultraschall vom Bauch, wann _____

□ Gynäkologe/ Urologe, wann _____

**Was für Beschwerden haben Sie?**

Bauchschmerzen: **O** Nein **O** Ja, seit: _____Wie häufig? _____

Wo: **O** Unterbauch **O** Oberbauch **O** links **O** rechts

Charakter: **O** andauernd **O** wellenartig **O** nachts **O** nach dem Essen

Blähbauch: **O** Ja **O** Nein

Stuhlfrequenz: _____ x täglich _____ x wöchentlich

Schleim oder Blut im Stuhl: **O** Ja **O** Nein

Stuhlkonsistenz: bitte ankreuzen




Sodbrennen: **O** Ja **O** Nein

Aufstoßen: **O** Ja **O** Nein

Schluckbeschwerden: **O** Ja **O** Nein Beim Essen/Trinken

**Wie lautet Ihre Telefonnummer**_____

**Wer ist Ihr Hausarzt?** _____

**Sind Krebserkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja □ Nein □ Wenn ja, welche?**

_____

**Beruf**:_____

_____Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

**Mitgeltendes Dokument für die Magen- und Darmspiegelung.**

_____ Unterschrift Patient

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Name, Vorname:

# Aufklärungsbogen Darmspiegelung

## Vorbereitung und Durchführung

Voraussetzung für eine exakte Beurteilung der inneren Darmwände ist eine vollständige Darmreinigung (siehe Merkblatt). Im Links-Seitenlage werden der After und Enddarm untersucht und mit dem Finger ausgetastet. Anschließend wird das flexible Endoskop eingeführt und bis zum Blinddarm vorgeschoben. Meistens gelingt es auch den untersten Teil des Dünndarms einzusehen. Während der Untersuchung werden die Wände des Darms beurteilt, ggf. werden schmerzlos Proben zur feingeweblichen Untersuchung entnommen oder Polypen entfernt. Eine Videoanlage erlaubt es, die Untersuchung am Monitor zu verfolgen. Während der Untersuchung werden Kreislauf und Atmung elektronisch überwacht. Die Darmspiegelung ist keine angenehme, aber die beste Untersuchung, um Auskunft über krankhafte Veränderungen im Dickdarm zu erhalten. Eine gründliche Darmreinigung ist die Basis für eine vollständige Darmspiegelung, geringe Mengen flüssiger Stuhlreste können abgesaugt werden. Ziel der abführenden Maßnahmen sind flüssige, klare Darmentleerungen. Um das Vorschieben des Instrumentes zu erleichtern, kann es notwendig werden, von außen auf den Bauch zu drücken und so das Endoskop zu leiten. Die Spiegelung selbst dauert 10 bis 20 Minuten, der gesamte Zeitaufwand beträgt etwa 60 Minuten.
Auf Wunsch kann die Untersuchung mit Sedierung (Schlafspritze) durchgeführt werden. Wir benutzen hierzu Propofol. Die Untersuchung kann nach Rücksprache mit dem Untersucher auch ohne Sedierung erfolgen. Das Medikament schränkt Ihre Urteilsfähigkeit für einen längeren Zeitraum ein. Sie dürfen nach der Untersuchung nicht alleine am Straßenverkehr teilnehmen. Eine **Begleitung** ist erforderlich.

## Risiken und Komplikationen

Die Darmspiegelung ist eine risikoarme Untersuchung, ernste Komplikationen sind mit 4 zu 10.000 sehr selten. Es können auftreten:
-allergische Reaktionen auf benutzte Medikamente (meist leicht, ggf. aber bis zum allergischen Schock)
-Kreislaufreaktionen, meist bei entsprechenden Vorerkrankungen (Herz, Kreislauf, Lunge)
-Blutungen, meist nach Probenentnahmen oder nach Polypabtragung (sehr selten wird nach stärkeren Blutungen eine Blutübertragung notwendig – Infektionsgefahr von Hepatitis, HIV)
-Verletzungen der Darmwand (Perforation), meist bei vorgeschädigtem Darm oder nach Polypabtragung,
mögliche Folgen: Bauchfellentzündung, Infektionen mit Fieber bis hin zu Blutvergiftung oder
-Herzinnenwandentzündung
-Einriss der Milz
-sehr selten z.B. Haut-, Weichteil- und Nervenschädigungen
In Ausnahmefällen und bei **Verkettung** sehr unglücklicher Umstände können die genannten Komplikationen im Verlauf lebensbedrohlich sein oder eine Operation nach sich ziehen. Die Einleitung einer Behandlung muss dann ggf. sofort in der Praxis oder Klinik erfolgen.

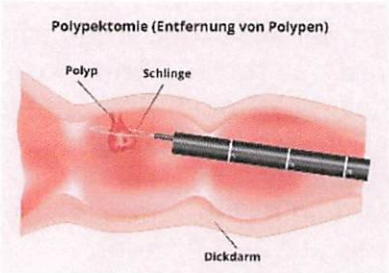
## Polypabtragung (Polypektomie)/Probennahme zur feingeweblichen Untersuchung

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Während der Darmspiegelung (Koloskopie) besteht die Möglichkeit, schmerzlos Proben zur feingeweblichen Untersuchung zu entnehmen und Polypen abzutragen.

**Wann und warum ist eine Probenentnahme sinnvoll?**




Bei bestimmten Fragestellungen (z.B. bei länger anhaltenden Durchfällen oder zur Kontrolle nach einer Behandlung), wenn bei der Endoskopie ein krankhafter Befund entdeckt wird oder ein Befund, der sich auf Grund des endoskopischen Bildes nicht eindeutig zuordnen lässt, werden mit einer kleinen Zange (Biopsiezange), die durch das Endoskop vorgeführt wird, i. d. R. schmerzfrei Proben (Biopsien) aus der Darmwand entnommen. Ziel ist es, durch die feingewebliche Untersuchung dieser Proben Aufschluss über die Ursache, Ausprägung oder Art der gesichteten Veränderung zu erhalten bzw. eine Erklärung für die Beschwerden zu finden.

**Was sind Polypen?**

Polypen sind zunächst gutartige Neubildungen, die von der Darmwand ausgehen und die u. U. entarten, d. h. bösartig werden können. Im Rahmen der Darmspiegelung wird daher angestrebt, alle Polypen zu entfernen. Kleine Polypen bis 5 mm Größe werden mit einer Biopsiezange mechanisch abgetragen, größere Polypen (evtl. nach Unterspritzung) mit Hilfe einer Metallschlinge und elektrischem Strom. Dabei wird die Abtragungsstelle gleichzeitig verödet (koaguliert).

**Was ist das Risiko einer Polypabtragung (Polypektomie)?**

Durch eine Polypabtragung verlängert sich die Gesamtuntersuchungszeit und folglich die damit verbundenen Unannehmlichkeiten (Völlegefühl, Bauchschmerzen, Blähungen). Etwaige **Nachblutungen** werden nach Möglichkeit sofort gestillt. Etablierte Verfahren sind die Verödung (Koagulation), die Unterspritzung oder der Einsatz von Clips. Äußerst selten ist eine operative Blutstillung notwendig (evtl. verbunden mit einer Blutübertragung). Kommt es durch die Abtragung von Polypen (Polypektomie) zu einer **Verletzung der Darmwand (Perforation)**, ist meist eine Operation erforderlich. Kleine Verletzungen lassen sich mit Clips verschließen, eine gedeckte (d.h. nicht offene) Perforation heilt oft unter Nahrungskarenz und antibiotischer Behandlung folgenlos aus.

**Warum sollten Polypen abgetragen werden?**

Dem äußeren Erscheinungsbild von Polypen ist nicht anzusehen, ob sie die Gefahr bergen, bösartig zu werden oder ob sie lediglich harmlose Vorwölbungen der Darmwand sind. Die Entfernung und anschließende feingewebliche Untersuchung ermöglicht diese Unterscheidung. Die Abtragung von Polypen ist wirkliche Darmkrebsvorsorge, indem Vorstufen von Darmkrebs beseitigt werden.

**Gibt es bestimmte Gründe, Polypen NICHT abzutragen?**

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Sehr große Polypen müssen operativ entfernt werden. Zudem gibt es technische Gründe, die gegen eine endoskopische Abtragung sprechen (z. B. ungünstige Lage, erhöhtes Blutungsrisiko). Sehr kleine und unscheinbare Polypen können belassen werden. Eine krankhafte oder medikamentös bedingte Blutungsneigung verbietet eine Polypentfernung. Hier bedarf dieser Eingriff besonderer Vorbereitungen bzw. Vorkehrungen. Da Polypen i. d. R. langsam wachsen, besteht meist kein Grund zur Eile und die Beherrschung aller Risiken hat absoluten Vorrang. Unter Umständen kann die Polypabtragung erst in einer 2. Untersuchung erfolgen. Ein Zeitfenster von einigen Tagen bis Wochen ist in der Regel unbedenklich.

**Besondere Vorkehrungen vor einer Polypabtragung?**

Vor einer Polypabtragung muss sichergestellt sein, dass keine verstärkte Blutungsneigung besteht, sei es durch Medikamente, sei es bedingt durch eine andere Erkrankung. Ein Piercing, insbesondere unterhalb des Bauchnabels muss vorab entfernt werden, da sich Metallteile stark erhitzen und so eine Verbrennung verursachen könnten.

**Was ist zu beachten?**

**Vor der Darmspiegelung**

- Meiden Sie 3-4 Tage vor dem Eingriff körnerhaltige Nahrungsmittel (z.B. Trauben, Kiwis, Vollkornbrot).
- Bitte beachten Sie bei der Verwendung von Darmreinigungsmitteln die entsprechende Einnahmeanleitung, damit Ihr Darm vollständig gereinigt ist. Nur eine gute Darmreinigung ermöglicht auch einen sicheren Befund!
- Denken Sie bitte daran, dass die Wirkung mancher Medikamente (einschließlich der „Pille" zur Empfängnisverhütung) durch den Spüleffekt beeinträchtigt sein kann. Bitte nehmen Sie Ihre regelmäßige Medikation trotzdem weiter ein, achten Sie aber auf einen ausreichenden Zeitabstand zwischen Abführmittel und Medikamenteneinnahme.
- Sprechen Sie bitte mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt, sofern Sie gerinnungshemmende oder blutzuckersenkende Medikamente einnehmen.
- Patienten mit Herzklappenfehlern oder Herzklappenersatz benötigen evtl. zur Infektionsvorbeugung vor der Darmspiegelung ein Antibiotikum.

**Nach der Darmspiegelung**

- Blähungen nach der Untersuchung sind normal und verschwinden von selbst.
- Essen und Trinken sind in der Regel sofort wieder möglich.
- **Nach Erhalt einer Schlafspritze (Sedierung) ist das Führen eines KFZ oder Arbeiten an gefährlichen Maschinen nicht zulässig.**
- Nach Polypabtragung oder Probennahme muss die Fortsetzung einer gerinnungshemmenden Medikation individuell festgelegt werden.
- Treten Bauchschmerzen oder andere Befindlichkeitsstörungen auf (z.B. Schwindel, Übelkeit, Schweißausbruch) oder tritt Blut aus dem After aus, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt oder Ihren Hausarzt. Zur Not wenden Sie sich an das nächstgelegene Krankenhaus.
- Nach Vorgaben der Bundesärztekammer sind innerhalb von 4 Monaten nach einer Endoskopie keine Blutspenden erlaubt.

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

**Name, Vorname:**

**Einverständniserklärung:**

**O** Obige Patienteninformation habe ich gelesen und verstanden, meine Fragen in diesem Zusammenhang wurden mir beantwortet. Mit der Durchführung der Koloskopie bin ich einverstanden. Nach Gabe einer Schlafmedikation werde ich frühestens nach 12 Stunden am **Straßenverkehr** teilnehmen.
**O** Ich wünsche, dass im Rahmen der geplanten Koloskopie etwaige Polypen nach Möglichkeit sofort entfernt werden. Über die **Risiken** eines solchen Eingriffs wurde ich aufgeklärt (ggf. noch Blutgerinnungswerte erforderlich).
**oder**
**O** Ich bitte, zunächst auf die Abtragung von Polypen zu verzichten!
**O** **Nur** für den Fall des Widerspruchs. Die vorgeschlagene Untersuchung lehne ich ab. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile hat mich mein Arzt informiert.

**Mitgeltendes Dokument: Anamnesebogen**

Geesthacht, den

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient:in

Falls Sedierung erwünscht, Begleitung wünschenswert.
Nachüberwachung erforderlich.

Unterschrift Patient:in

Alternativ Kapselendoskopie möglich!

TAH/ Antikoagulation:

OAD:

Insulin:

Anwesend bei Aufklärung:

**Begleitung:**

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

Name, Vorname:

# Aufklärungsbogen Magenspiegelung

- Die Magenspiegelung, genauer Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) wird mit einem flexiblen Endoskop durchgeführt. Die Organe können von innen direkt betrachtet werden. Standardmäßig und bei bestimmten Fragestellungen werden Gewebeproben entnommen.
- Vorbereitung: Das Essen ist bis zum Vorabend 20 Uhr gestattet. Trinken dürfen Sie bis maximal 4 Stunden vor der Untersuchung. Die Untersuchung erfolgt dann am frühen oder späten Vormittag mit leerem Magen. Eine eventuell bestehende morgendliche Medikamenteneinnahme darf am Untersuchungstag erst nach der Untersuchung eingenommen werden.
- Durchführung: Zur Erleichterung der Untersuchung empfehlen wir eine lokale Betäubung mit Rachenspray (**Lokalanästhesie**) oder besser eine Schlafspritze (**Sedierung**).
- Bei der Betäubung wird mit einem Spray der Rachen betäubt. Eine Allergie gegen das Betäubungsmittel darf nicht bestehen. Nach der Untersuchung dürfen Sie 2 Stunden nicht Essen und Trinken bis die Betäubung abgeklungen ist.
- Bei der Schlafspritze erhalten Sie ein Medikament (Propofol) in die Vene gespritzt, so dass Sie von der Untersuchung nichts mitbekommen. Sie werden während der gesamten Untersuchung *kontinuierlich überwacht* (Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung des Blutes und intermittierende Messung des Blutdruckes). Ihr Reaktionsvermögen ist nur kurzzeitig beeinträchtigt, dennoch dürfen *Sie erst am nächsten Tag Fahrzeuge steuern und Maschinen bedienen, Alkohol trinken und wichtige und rechtliche Entscheidungen treffen*. Eine Begleitung ist erforderlich.
  Um Beschädigungen des Instruments durch Ihr Gebiss zu vermeiden, ist die Einlage eines Plastikbeißringes erforderlich. Die Spiegelung dauert in der Regel nur wenige Minuten.
- Juristische Aufklärung und Einverständnis: Die Magenspiegelung ist heute eine Standardmethode. Bei Untersuchungen dieser Art treten selten Komplikationen auf. Ernste **Komplikationen** werden mit einer Häufigkeit von weniger als 1: 10.000 bis 20.000 angegeben. Sedierungsmedikamente können die *Atem- und Kreislauffunktion beeinträchtigen* und Allergien auslösen. Grundsätzlich besteht bei endoskopischen Untersuchungen und Interventionen das Risiko eine Blutung auszulösen oder eine Organwand zu verletzen. Bei Personen unter 18 Jahre ist die Begleitung und Zustimmung eines Erziehungsberechtigten erforderlich.
- Um stets eine sichere Hygiene zu gewährleisten, werden standardisierte Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsabläufe für Oberflächen, Endoskope und Endoskopiematerial eingehalten. Diese werden regelmäßig intern und extern geprüft und validiert.
- Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.

Datum: 23.11.2026 Unterschrift Patient _____

Erklärung erfolgt durch _____

Aufklärung erfolgt durch _____

Anwesend bei Aufklärung _____

ASA- Klassifikation: ASA 1 □ ASA 2 □ ASA 3 □ Mallampati □ 1 □ 2 □ 3 □ 4

Begleitung:_____

**Mitgeltendes Dokument – Anamnesebogen**

Gastroenterologie Praxis
Dr. med. Matthias Hildebrandt

Bohnenstraße 1
21502 Geesthacht
Tel.: 04152 8370710
Fax: 04152 8370711

**Name, Vorname:**

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und Ausfallhonorar**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden nur erforderliche Daten weitergeleitet. Diese werden zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen, verarbeitet. Im beigefügten **Aufklärungsblatt** können Sie weitere Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen und in welchem Umfang betroffen sind, können Sie erfragen. Labore haben gesetzliche Aufbewahrungspflichten. Sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben oder wenn Sie gegenüber einzelnen unserer Dienstleister konkrete Bedenken haben, so dass wir Ihre Wünsche entsprechend berücksichtigen können. Sollten Sie nicht einwilligen, könnte dies ihre Behandlung beeinträchtigen.
Ich willige ein, dass die *Praxis* im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, z. B. zum Zwecke der kontrollierten Entsorgung von Datenmüll oder zur Erledigung von Schreibdiensten, übermittelt. Weiterhin willige ich ein, dass die *Praxis* meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit z. B. externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt.

**Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung**
Entsprechend der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Dienstleister erhalten Sie folgend Informationen über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung durch externe Dienstleistungsunternehmen und Labore. Willigen Sie nicht ein, könnte sich dies negativ auf Ihre Behandlung auswirken. Diese negativen Auswirkungen könnten z. B. zu einer nicht ausreichenden Behandlung führen. Gegebenenfalls muss die Behandlung versagt werden. Lediglich Notfallbehandlungen stellen wir im erforderlichen Rahmen sicher. Nähere Informationen dazu können Sie bei unseren Mitarbeitern erfragen. Aktuelle Dienstleistungsunternehmen und Labore, mit denen die *Praxis* zusammenarbeitet:

| **Kooperationspartner** | **Dienstleistung** | **Übermittelte Daten** |
|---|---|---|
| LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen | Laboruntersuchungen (Blut, Stuhl, Urin, Abstriche) | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Entnahmedatum, ggf. Befunde |
| Pathologie Lüneburg Dr. med. A. Peters | Untersuchungen von Gewebeproben | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Entnahmedatum, ggf. Befunde |
| Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein/ PVS-Schleswig Holstein | Abrechnung von medizinischen Leistungen, Qualitätssicherung | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Leistungsziffern |
| Praxissoftware medatixx | Software/ Wartung (nur unter Aufsicht von Mitarbeitern der Praxis per Fernwartung oder Wartung vor Ort) | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Leistungsziffern, Arztbriefe, Medikamentenverordnung |
| Doctolib | Terminplan | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Leistungsziffern, Arztbriefe, Medikamentenverordnung, Recall |
| Hausarzt/ Überweiser | Befundübermittlung | Stammdaten (Vor- und Zuname, Anschrift, ...), Diagnosen, Untersuchungsdatum, Befunde, ggf. Medikamentenverordnung |

**Recall**
Zusätzlich stimme ich zu, dass mich die *Praxis* an Kontrolluntersuchungen erinnern kann.
**Entlassung**
Aufgrund der Überwachungspflicht haben Entlassungsgespräche primär im Aufwachbereich stattzufinden. Es gleicht einer Visite im Krankenhaus (S3-Leitlinie Sedierung in der Gastroenterologie).
**Ausfallhonorar**
Zudem willige ich ein, dass mir ein Ausfallhonorar bei einer Koloskopie von 120€ und bei einer Gastroskopie von 60€ in Rechnung gestellt wird, wenn ich den Termin nicht 72 Stunden vorher begründet (durch AU/Ärztliche Bescheinigung) abgesagt habe.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient(in)/ des gesetzl. Vertreters