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?		

1

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

Hildebrandt.012023200@i-motion.kim.telematik

www.gastroenterologie-geesthacht.de
Stand 26.09.2023

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
23.11.2026

Hildebrandt.012023200@i-motion.kim.telematik

www.gastroenterologie-geesthacht.de
Stand 26.09.2023

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 _____

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

Ihr Team der Gastroenterologie Praxis Dr. med. Matthias Hildebrandt