

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Patient(in)

Muster
Änderungen vorbehalten
perimed®
©

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen

Video-Kapselendoskopie - (Untersuchung des Dünndarms mit einer gekapselten Kamera)

Bitte vor dem Arztgespräch sorgfältig lesen, Fragen notieren

Fall-Nr:	Patienten-Nr. (ID)	Behandlungsdatum
Zu benachrichtigende(r) Angehörige(r):		
Beziehung zum Patienten /Verwandtschaftsgrad:		
Entscheider Tel.-(Handy-)Nr.		Entscheider E-Mail-Adresse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

die bei Ihnen (Ihrem Kind) vorhandenen Beschwerden und die bisherigen Untersuchungen deuten auf eine Dünndarmerkrankung hin. Zur weiteren Abklärung empfiehlt Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Untersuchung des Dünndarms mit einer gekapselten Video-Kamera, die geschluckt wird.

Dieser Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über den vorgeschlagenen Eingriff, über den Ihre Ärztin/Ihr Arzt vorher mit Ihnen noch sprechen wird, und der Aufklärungsdokumentation. Typische Risiken und Folgen sowie mögliche Alternativen müssen Sie kennen, damit Sie sich entscheiden und wirksam in den Eingriff einwilligen können. Notieren Sie am besten zur Vorbereitung Ihres Arztgesprächs alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Bogens bleiben und über die Sie vor einer Entscheidung noch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt sprechen wollen, auf Seite 3.

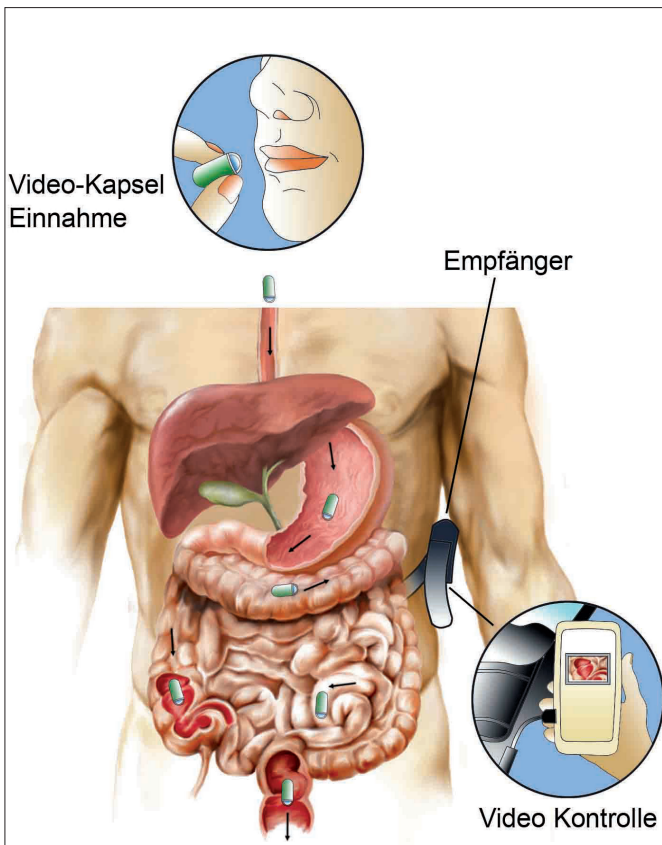


Abb.: Darstellung einer Video-Kapselendoskopie des Dünndarmes

Warum eine Kapselendoskopie

Die heute übliche Methode zur Untersuchung des Magens und des Darmes ist die **Endoskopie** (Spiegelung mit einem Endoskop). Der Dünndarm kann - anders als die anderen Darmabschnitte - jedoch nur teilweise mit einem (überlangen) Endoskop oder der sogenannten **Doppelballonendoskopie** endoskopisch untersucht werden. Andere Untersuchungsmethoden wie Röntgen, CT, MRT oder Ultraschall lassen bei Ihnen (Ihrem Kind) keine zuverlässigen Aussagen über die Erkrankung erwarten. Die **Kapselendoskopie** erlaubt die Untersuchung des Dünndarms auf ganzer Länge, so dass die Ursache der Beschwerden (z.B. Blutungen, Entzündungen, Tumore) diagnostiziert oder eine Dünndarmerkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Daher empfiehlt Ihre Ärztin/Ihr Arzt eine Kapselendoskopie, über deren Vor- und Nachteile sowie Nebenwirkungen und Komplikationen Sie im Gespräch von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt aufgeklärt werden.

Durchführung der Kapselendoskopie

Die Untersuchung des Dünndarms mit einer gekapselten Kamera ist eine risiko- und schmerzarme Untersuchung, die große Wichtigkeit bei der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Dünndarms erlangt hat. Sie wird insbesondere angewandt

- **bei unklaren Blutungen** aus dem Magen-Darmkanal
- **bei chronisch entzündlichen Darm-Erkrankungen** (z.B. Morbus Crohn)
- **bei familiären Polyposis-Syndromen** (Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen diese Erkrankungen erklären)
- in Einzelfällen **bei unklaren Erkrankungen** wie Bauchschmerz-Zuständen oder chronischen Durchfällen.

Zunächst ist eine gründliche Darmreinigung nötig, für die Sie (für Ihr Kind) von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt eine Anleitung erhalten. Der Patient schluckt dann eine winzige, 26 x 11 mm große Digitalkamera, welche Lichtquellen, eine Chip-Kamera, die Steuer- und Sendeelektronik sowie Batterien enthält, mit einem Schluck Wasser. Die Kapsel durchwandert in normaler Geschwindigkeit den Magen-Darmtrakt - nur durch die Muskelbewegungen (Peristaltik) transportiert.

Nach etwa drei Stunden wird der Dickdarm erreicht und nach etwa sechs bis acht Stunden wird die Kapsel - meist unbemerkt - auf normalem Weg wieder ausgeschieden. Sie wird nur einmal verwendet.

Während der Passage leuchtet sie den Verdauungstrakt kleinräumig aus und sendet 2 Bilder pro Sekunde, die an eine außen mitgeführte, akkuversorgte Empfangs- und Speichereinheit gesendet werden. Mit auf die Haut geklebten Antennen kann die Position der Kapsel in kurzen Zeitabständen kontrolliert werden, so dass einzelne Befunde bestimmten Darmbereichen zugeordnet werden können.

Sie können sich während der Aufnahmen (von ca. 90.000 bis 60.000 Bildern) frei bewegen. Die Auswertung der Bilder wird im Anschluss durchgeführt.

Prüfung der Darm-Durchgängigkeit

Bei Verdacht nachgewiesener Dünndarmverengung wird vor der Kapselendoskopie zunächst eine sogenannte Patency-Kapsel geschluckt, um die Durchgängigkeit des Darmes zu prüfen, da die Kapsel sonst an einer Verengung stecken bleiben und einen Darmverschluss auslösen kann.

Komplikationen der Video-Kapselendoskopie

Das Risiko der Kapselendoskopie ist gering. Die allermeisten Video-Kapselendoskopien verlaufen ohne jede Komplikation.

Das Ausscheiden der Kapsel geschieht normalerweise unbemerkt nach sechs bis acht Stunden. Je nach Darmtätigkeit kann sie jedoch auch länger im Magen- Darmtrakt verbleiben, ohne dass es zu Schmerzen kommen muss. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird bei längerer Verweildauer mit Röntgen-Verlaufskontrollen oder per Ultraschall feststellen, ob die Kapsel an einer bestimmten Stelle verharrt. Ist dies der Fall, kann zunächst ein Abführmittel gegeben werden.

Wenn die Kapsel wegen einer Engstelle „stecken bleibt“, kann es zu **Bauchschmerzen** kommen.

Wird sie trotz Abführmittel nicht weiter transportiert und ausgeschieden kommt eine Entfernung mittels Endoskop in Betracht. Wenn dies nicht gelingt und - **in seltenen Fällen** - ein **Darmverschluss** (Ileus) entsteht, kann zur Entfernung

der Kapsel und Beseitigung der Engstelle eine offene **Bauchoperation** notwendig werden.

Erfolgsaussichten

Bei guter Darmreinigung werden in den meisten Fällen gute und aussagekräftige Bilder aus dem Dünndarm aufgezeichnet. Eine Wiederholung der Untersuchung ist jedoch bei zu langsamer Magen-Darmpassage oder bei technischen Problemen nicht ausgeschlossen.

Wenn die Video-Kapselendoskopie einen krankhaften Befund liefert sind weitere Untersuchungen zur Bestätigung der Diagnose nicht auszuschließen.

Was Sie vor dem Eingriff beachten müssen

Voraussetzung für eine erfolgreiche Video-Kapselendoskopie ist eine rechtzeitige gute Abführung und damit ein Dünndarm, der frei von Nahrungsresten ist. Befolgen Sie daher gewissenhaft die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt (für Ihr Kind) gegebenen Anweisungen für die Einnahme von Abführmitteln. Auch eine Darmspülung kann notwendig sein.

Sie (Ihr Kind) dürfen

- 12 Stunden vor Beginn der Untersuchung nichts mehr essen
- 24 Stunden vor Beginn auch keine trüben Getränke wie Milch oder Fruchtsäfte zu sich nehmen. Klare Getränke wie Wasser oder Tee ohne Zucker oder Milch sind bis zwei Stunden vor Beginn der Untersuchung erlaubt.
- Medikamente nur nach Anweisung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes einnehmen.
- **Frauen:** durch die Einnahme von Abführmitteln kann die Wirkung der „Pille“ (zur Schwangerschaftsverhütung) verloren gehen!

Was Sie während des Eingriffs beachten müssen

- **in den ersten zwei Stunden** nach Einnahme der Kapsel dürfen Sie (Ihr Kind) nichts außer **klare Getränke** zu sich nehmen.
- **Nach 4 Stunden** können Sie (Ihr Kind) eine **leichte Mahlzeit** zu sich nehmen.
- **Nach 4 Stunden** können Sie auch wieder einer normalen Tätigkeit nachgehen.

Was Sie nach dem Eingriff beachten müssen

- Die Video-Kapsel wird kein zweites Mal verwendet. Trotzdem sollten Sie versuchen, sie nach dem Ausscheiden zu bergen und gereinigt mit zur nächsten Untersuchung zu bringen, damit sie ordnungsgemäß entsorgt werden kann.
- **Bitte benachrichtigen Sie umgehend Ihre Ärztin/Ihren Arzt, wenn heftige Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen auftreten, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tagen nach der Untersuchung auftreten.**

Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:

Bitte notieren Sie hier alle Fragen, die Ihnen nach dem Lesen dieses Bogens noch geblieben sind, und die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt besprechen wollen.

Wenn vorhanden bitte Allergie- und Narkosepass sowie Antikoagulanzen-, Diabetiker- und Herzschrittmacherausweis mitbringen!

Die ggf. von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt im Folgenden angekreuzten Blutwerte bitte durch Ihren Hausarzt ermitteln lassen und zur Untersuchung/Behandlung mitbringen:

Creatininwert Quickwert (Prothrombinzeit)

APTT (Aktivierte Partielle Thrombinzeit) T3 T4 TSH

Andere:

Allgemeine Informationen

Alter: Jahre – Größe: cm – Gewicht: Kg männl. weibl.

Ausgeübter Beruf:

Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? Nein Ja

Liegt der Op-Termin im Zeitraum der Regelblutung? Nein Ja

Tragen Sie ein Hörgerät? Nein Ja

Sind Sie Raucher(in)? Nein Ja

Wenn ja, was und wieviel täglich?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, was und wieviel täglich?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja

Name: Dosis x.tgl.

Name: Dosis x.tgl.

Name: Dosis x.tgl.

Name: Dosis x.tgl.

Name: Dosis x.tgl.

Sind Vorerkrankungen bekannt/vorhanden? Nein Ja

Allergien? Nein Ja

- gegen Nahrungsmittel/Medikamente? Nein Ja

- gegen Metall (z.B. Nickel)/Pflaster/Gummi/Latex? Nein Ja

- gegen Betäubungsmittel, Narkosemittel? Nein Ja

- gegen Jod/Röntgenkontrastmittel/Antibiotika? Nein Ja

- andere?

Leiden Sie (Ihr Kind) an Asthma / Heuschnupfen? Nein Ja

Augenerkrankungen/-verletzungen? Nein Ja

Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)? Nein Ja

Eine andere Augenerkrankung? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Bindegewebserkrankungen? Nein Ja

- Sklerodermie? Nein Ja

- Rheuma? Nein Ja

Andere?

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen? Nein Ja

- eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? Nein Ja

- eine Angina pectoris (Brustschmerzen), Herzinfarkt? Nein Ja

- Herzrhythmusstörungen? Nein Ja

- einen erhöhten/erniedrigten Blutdruck? Nein Ja

Andere (z.B. Herzfehler):

Schrittmacher/Defibrillator/künstl. Herzklappe vorhanden? Nein Ja

Gerinnungsstörungen? Nein Ja

Entstehen leicht blaue Flecken/Nasenbluten? Nein Ja

Nehmen Sie (Ihr Kind) Gerinnungshemmer (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®, Efixant®)? Nein Ja

Andere:

Infektionskrankheiten? Nein Ja

- eine Leberentzündung (Hepatitis)? Nein Ja

- Tuberkulose (Tbc)? Nein Ja

- sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Nein Ja

Andere:

Stoffwechselerkrankungen? Nein Ja

- eine Schilddrüsenerkrankung? Nein Ja

- die Zuckerkrankheit (Diabetes)? Nein Ja

- eine Nierenerkrankung? Nein Ja

Andere:

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein Ja

Kam es zu verstärkten Blutungen? Nein Ja

- zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln? Nein Ja

- zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung? Nein Ja

- zu Thrombosen/Embolien? Nein Ja

- sonstige Komplikationen?

Sind andere Erkrankungen vorhanden? Nein Ja

Bitte notieren Sie hier, welche sonstigen wesentlichen, auch chronischen Erkrankungen Sie schon hatten oder haben, z.B. Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Tumorerkrankungen:

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(Hier notiert Ihre Ärztin/Ihr Arzt die individuellen, im Gespräch mitgeteilten Aufklärungsinhalte. Hier wird auch ein eventueller Verzicht auf die Aufklärung notiert)

Ärztliche Dokumentation gemäß SGB 5 und PRG

Ist eine **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht** und/oder eine **Betreuungsverfügung** vorhanden? Ja Nein

Die Patientin/der Patient ist in der Lage, eine **selbständige Entscheidung** über den vorgeschlagenen Eingriff zu treffen und ihre/seine Einwilligung zu geben. Ja Nein

Die Patientin/der Patient wird von den **Eltern/Betreuer(n)/Vormund/Bevollmächtigten** vertreten, die/der eine Entscheidung im Patientensinn treffen kann/darf (bitte in Druckschrift)

Vorname _____ Nachname _____ Alter _____

Die Patientin/der Patient - die Eltern/der Betreuer/der Vormund **lehnt/lehnen den vorgeschlagenen Eingriff ab**. Über die Nachteile und möglichen Folgen wurde ausführlich aufgeklärt.

Der Patientin/dem Patienten wurde mitgeteilt, dass sie/er **am Tag des Eingriffs** _____ **Stunden**, _____ **Tage nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen darf!

Der **Heimtransport** erfolgt mit Krankenwag. ÖPNV Taxi Privatwagen zu Fuß mit _____

Die Patientin/der Patient wird ggf. **begleitet/gefahren/betreut** von:

Vorname _____ Nachname _____ Alter _____

Die Patientin/der Patient hat **keine Begleitung/Betreuung**

Steht im Notfall ein Auto mit Fahrer/Taxi zur Verfügung? Ja Nein

In welcher Zeit ist eine Klinik/der Notarzt/Hausarzt erreichbar? _____ min.

Hausärztin/Hausarzt: _____ Tel.(Handy)-Vorw-Nr. _____

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm) _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes / ggf. Unterschrift von Zeugen

Patient(in)

Vorname _____ Nachname _____ Geb.-Datum _____

Geplante Maßnahmen ambulant (kurz-) **stationär**

Video-Kapselendoskopie
(Spiegelung des Dünndarms mit einem Kapselendoskop)

Sonstige Maßnahmen

Einwilligung **Ablehnung**

Nach dem vollständigen Lesen und Ausfüllen dieses Patientenaufklärungsbogens und nach dem **Aufklärungsgespräch** mit der Ärztin/dem Arzt Frau/Herrn (bitte in Druckbuchstaben)

Ich fühle mich voll informiert und aufgeklärt! Meine Fragen, insbesondere über die Art und den Ablauf des Eingriffs, über seine Vor- und Nachteile, Alternativen wurden beantwortet. Individuelle Risiken sowie mögliche Komplikationen wurden verständlich dargestellt. Die Fragen zu den **Vorerkrankungen** habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ich **willige** nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung **in den vorgesehenen Eingriff ein** sowie in Änderungen und Erweiterungen, wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. **Mit Neben- und Folgeeingriffen** und mit der Transfusion von **Fremdblut bzw. Fremdblutbestandteilen bin ich** - wenn notwendig - **einverstanden**.

Ich bin damit einverstanden, dass **Befunde** angefordert, an nachbehandelnde Stellen weitergegeben und dass die **Patientendaten** im gesetzlichen Rahmen elektronisch gespeichert und für Auswertungen herangezogen werden.

Ich werde die mitgeteilten **Verhaltenshinweise** und insbesondere die **Einschränkungen zur Verkehrstauglichkeit** beachten.

Eine **Kopie/einen Durchschlag** dieses Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogens habe ich **erhalten**.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die (möglichen) Folgen einer Verweigerung aufgeklärt. **Ich lehne den Eingriff trotzdem ab!**

Ort, Datum (tt.mm.jj), Uhrzeit (hh.mm) _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten / der/des Bevollmächtigten