Dr. Jo./Pi. #

**Checkliste Gastroenterologie/Endoskopie**

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

**Vorname**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?**

|  |
| --- |
| **Freitext:** |

**Gibt es Voruntersuchungen/Vorbefunde/aktuelle Laborwerte?**

|  |
| --- |
| Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen am Vorgesprächstermin mit.**Freitext:** |

**Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stoffwechselerkrankungen,** z.B. Diabetes mellitus,**Herzerkrankungen**, **COPD**, **Blutgerinnungsstörungen**, **grüner Star (Glaukom**)?**Freitext:** | **Magen-Darm-Erkrankungen,** z.B. Divertikel, Darmpolypen, Lebererkrankungen Krebserkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Operationen?**Freitext:** | **Allergien**? insbesondere Sojaallergie oder Medikamentenunverträglichkeiten?**Freitext:** |

**Aktuelle Medikation, nehmen sie blutverdünnende Medikamente ein?**

|  |
| --- |
| **Aspirin, Marcumar** oder **neue Antikoagulanzien (Xarelto, Eliquis, etc.)** sind nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt 5 Tage vor der Untersuchung zu pausieren! **Bei Einnahme von Marcumar bringen Sie bitte den Marcumarausweis sowie den aktuellen Quickwert mit!****Freitext:** |

Nach der Sedierung besteht eine Beeinträchtigung der Reaktionszeit und Auffassungsgabe. Deswegen ist die **aktive** **Teilnahme (PKW/Passant) am Straßenverkehr für 24 Stunden untersagt**. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie nach der Untersuchung abgeholt werden und sich an das Fahrverbot zu halten.

Hattingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift