

Herr / Frau:

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Behandlung von Hämorrhoiden soll bei Ihnen eine **Enddarmspiegelung** (Proktoskopie) mit **Gummibandligatur der Hämorrhoiden** (Barron – Ligatur) durchgeführt werden.

Ausführliche **Informationen** über die Durchführung der Enddarmspiegelung finden sie in der beigegefügte Anlage.

Bei der **Gummibandligatur** werden die Hämorrhoiden mit einem kleinen Gummiring abgebunden. Dies ist für Sie in den meisten Fällen schmerzfrei. Gelegentlich kann es in den ersten 1-2 Tagen zu leichten Beschwerden kommen (Ziehen, Druckgefühl), in diesen Fällen können Sie ein Schmerzmittel einnehmen (z. B. Diclofenac, Ibuprofen). Einige Wochen nach der Behandlung wird das abgebundene Gewebe dann, meist unbemerkt, mit dem Stuhlgang ausgeschieden. In der Regel muss die Behandlung mehrmals durchgeführt werden, bis eine ausreichende und anhaltende Besserung eintritt.

Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu **Komplikationen** wie z. B. Blutungen, Verletzung Schließmuskelregion / Enddarm / Nerven, Fisteln, Entzündungen im Bereich der Schließmuskelregion oder auch fortgeleitet an anderen Stellen des Körpers, Thrombosen, Harnverhalt kommen. Stärkere Blutungen, die auch noch bis zu drei Wochen nach der Behandlung auftreten können, müssen evtl. im Krankenhaus durch eine Operation behandelt werden.

Sollten **Beschwerden nach der Enddarmspiegelung** wie z. B. starke Schmerzen, Kreislaufschwäche oder starke Blutung aus dem After auftreten, so nehmen Sie bitte zu den Sprechzeiten unverzüglich mit unserer Praxis oder Ihrem Hausarzt Kontakt auf. Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an die Notaufnahme des Klinikum Aschaffenburg (Telefon 06021 / 324252) oder Ihres nächstgelegenen Krankenhaus.

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist **freiwillig**, Sie helfen uns aber damit, mögliche Risiken zu minimieren und Nebenwirkungen weitestgehend zu vermeiden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit durch Sie für die Zukunft **widerrufen** werden.

- **Ich habe die Patienteninformation zur Enddarmspiegelung mit Hämorrhoidenbehandlung gelesen und verstanden**..... Nein Ja

- **Alle meine Fragen sind ausreichend beantwortet**..... Nein Ja

- **Ich willige in die o. g. Untersuchung und Behandlung ein**..... Nein Ja

- **Haben Sie eine Herzklappenerkrankung, wurden Sie an einer Herzklappe operiert oder besitzen Sie einen Herzpass (Endokarditisausweis) ?**..... Nein Ja

- **Ist bei Ihnen eine Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung bekannt ?**..... Nein Ja

- **Planen Sie innerhalb der nächsten 4 Wochen eine Reise ?**..... Nein Ja

- **Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein ?** Nein

Ja, ASS/Aspirin/Godamed Clopidrogel/Plavix/Iscover Efient Aggrenox Brilique
 Xarelto Eliquis Pradaxa Lixiana Marcumar Heparinspritzen andere

- **Sind bei Ihnen Allergien (z. B. Latex) oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt ?**..... Nein

Ja, Welche ?

- **Leiden Sie an chronischen Infektionskrankheiten (z. B. AIDS, Hepatitis, TBC) ?**..... Nein

Ja, Welche ?

- **Was machen Sie beruflich ?**

Aschaffenburg, den.....

.....
 Unterschrift des/der Patienten/in oder der Eltern

.....
 Unterschrift des Arztes

- **Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten**

.....
 Unterschrift des/der Patienten/in