

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur Kapselendoskopie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen soll eine Kapselendoskopie durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- ein Informationsblatt
- einen Fragebogen
- die Einverständniserklärung

Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch.

Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können im Rahmen der Telefonkonsultation vor der Untersuchung beantwortet werden.

Der Fragebogen:

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abschätzung des Risikos der Kapselendoskopie vollständig auszufüllen und uns zukommen zu lassen. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

Die Einverständniserklärung:

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Informationsblatt zur Kapselendoskopie

(Dieses Blatt ist für Sie bestimmt und muss uns nicht zugestellt werden)

Weshalb erfolgt eine Kapselendoskopie?

Die Kapselendoskopie ermöglicht die Untersuchung derjenigen Abschnitte des Dünndarms, die durch eine Magenspiegelung oder Dickdarmspiegelung nicht eingesehen werden können. Dafür muss eine Video-Kapsel von der Grösse einer grossen Tablette geschluckt werden. Diese Kapsel enthält mehrere Kameras, welche pro Sekunde mehrere Bilder aufnehmen. Dank diesen, können krankhafte Veränderungen des Dünndarms (wie z.B. entzündliche Veränderungen, Geschwüre, Polypen oder Tumore), die für Ihre Beschwerden verantwortlich sein können, erkannt werden. Mit dieser Untersuchung können keine Gewebeproben gewonnen werden.

Welche Vorbereitungen sind für eine Kapselendoskopie nötig?

Wie bei der Dickdarmspiegelung erfordert die optimale Untersuchung des Dünndarms eine Reinigung des Darmes. Bitte befolgen Sie hierfür die separaten Anweisungen genau. Die Einnahme von Eisenpräparaten ist 5 Tage vor der Untersuchung zu stoppen.

Wie läuft die Kapselendoskopie ab?

Sie erhalten das Packet mit der Kapsel vor der Untersuchung zugestellt. Darin finden Sie auch die Abführmittel, welche Sie am Abend vor der Untersuchung und am Morgen der Untersuchung einnehmen sollten. Ab dem Abend vor der Untersuchung sollten Sie nichts mehr Essen und nur noch klare Flüssigkeiten trinken (diese dürfen Sie so viel Sie möchten). Die Kapsel können Sie nach dem Einnehmen der Morgen-Dosis des Abführmittels schlucken. Ab diesem Moment sollte jeder Stuhlgang durch das mitgesendete Sieb erfolgen. Wenn die Kapsel ausgeschieden wird, können Sie diese mit dem Magnetischen Stab bergen und unter laufendem Wasser reinigen. Danach können Sie die Kapsel im kleinen, mit Ihrem Namen beschrifteten Röhrchen in dem beigelegten Couvert an uns zukommen lassen. Den magnetischen Bergungsstab wie auch das Sieb können Sie im Hauskehricht entsorgen, die Kapsel sollte in der Batterieentsorgung gelangen.

Welche Risiken sind mit der Kapselendoskopie verbunden?

Die Kapselendoskopie ist risikoarm. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme der Kapsel zu einem Darmverschluss kommen, der eine endoskopische oder operative Entfernung der Kapsel notwendig macht (< 1%). Das Risiko ist bei Patientinnen/Patienten erhöht, die bereits einmal einen Darmverschluss erlitten haben oder bei denen eine Engstellung des Darmes („Stenose“) vermutet wird. Unter solchen Umständen ist die Durchführung einer Kapselendoskopie nicht möglich, bzw. die Risiken gegen den Nutzen abzuwiegen. Um das Risiko möglichst klein zu halten, werden vorgängig Röntgenuntersuchungen durchgeführt.

Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?

Falls Sie während oder nach der Untersuchung Bauchschmerzen, Fieber oder Übelkeit entwickeln, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt oder suchen Sie eine Notfallstation auf. Die Durchführung einer Kernspintomographie (MRI) während der Untersuchung kann zu schweren Schäden des Darmes führen, sie ist deshalb absolut verboten.

Fragen zur Untersuchung?

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Fragebogen

(Dieses Blatt muss uns vor der Untersuchung zugestellt werden)

Einschätzung des Risikos der Kapselendoskopie

	Ja	Nein
Hatten sie jemals einen Darmverschluss?		
Hatten sie jemals eine Bauchoperation? Wenn ja, welche? - Blinddarm - Magenoperation - Operationen des Dickdarmes - Operationen am Dünndarm - Operationen an Leber, Bauchspeicheldrüse - Operationen an der Gebärmutter, Eierstöcke - Andere?		
Wird bei Ihnen ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa vermutet?		
Wird bei Ihnen eine Engstellung („Stenose“) des Darmes vermutet?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder andere elektronische Implantate?		
Nehmen Sie Schmerz-, Rheumamittel oder Aspirin ein? Wenn ja welche, wie viel?		

Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Einverständniserklärung

(Dieses Blatt muss uns vor der Untersuchung zugestellt werden)

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Kapselendoskopie aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Kapselendoskopie habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

		<i>(Zutreffendes ankreuzen)</i>	
		Ja	Nein
Ich bin mit der Durchführung der Kapselendoskopie einverstanden			
Name Patient		Name Arzt	
Ort, Datum	Unterschrift Patient	Ort, Datum	Unterschrift Arzt

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter		Name Arzt	
Ort, Datum	Unterschrift des Vertreters	Ort, Datum	Unterschrift Arzt