

# Einverständniserklärung Darmspiegelung – 4 -

**Name, Vorname:**

---

Der Termin kann bis 24 Stunden vor der Untersuchung an Werktagen kostenfrei storniert werden. Danach müssen wir Ihnen eine Kostenpauschale von 50 € in Rechnung stellen.

Das persönliche Aufklärungsgespräch fand am heutigen Tag mit **Fr. Dr. Tillenburg/ Fr. Hoof/ Fr. Dr. Strüwer/ Fr. Mitrovic/ Hr. Sieber** statt.

Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Koloskopie ein. Über die geplante Spiegelung des Dickdarms, des Endes des Dünndarms und eventueller Abtragung von Polypen hat mich der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin ausführlich und hinreichend informiert, ich habe keine weiteren Fragen. Die bei mir vorliegenden besonderen Risiken sind mir erläutert worden, die Folgen möglicher Komplikationen sind mir bewusst. Ich willige in notwendige Folge- und Nebeneingriffe (z.B. Intensivmedizin, OP, Medikamentengabe) ein.

**Anmerkungen der Patientin / des Patienten:**

---

---

**Anmerkungen des Arztes:**

ASA-Klassifikation: ASA1 O ASA2 O ASA3 O ASA4 O

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wünsche für die Untersuchung eine Sedierung. Über die gesonderten Risiken und die Einschränkungen nach der Untersuchung bin ich mir bewusst. Ich versichere hiermit, dass ich nicht selbst mit einem Fahrzeug (Fahrrad, Auto etc.) nach Hause fahren werde, sondern eine sichere Heimfahrt in Begleitung organisiere.

Ich wünsche, dass im Rahmen der Koloskopie Polypen abgetragen werden. Über die Risiken der Polypabtragung wurde ich aufgeklärt.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde (per Brief oder Fax, etc.) an meinen Hausarzt / überweisenden Arzt einverstanden.

Kopien meiner Einwilligung habe ich erhalten.

Dorsten, \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes