



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Dr. med. Mathias Dolder
Dr. med. Martin Wilhelmi
Weinbergstrasse 26, 8001 Zürich
Telefon +41 44 251 52 62, Fax +41 44 251 90 62
central-praxis@hin.ch
www.central-praxis.ch

Etikett

Medizinischer Fragebogen

Für die Untersuchung wie auch für die Einschätzung Ihrer Beschwerden und die nachfolgende Behandlung benötigen wir eine genaue Erfassung Ihrer regelmässig eingenommenen Medikamente. Füllen Sie bitte den unten stehenden Fragebogen und die Einverständniserklärung vollständig aus und bringen Sie dieses Dokument datiert und unterschrieben zur Untersuchung mit.

Nehmen Sie die Blutgerinnung beeinflussende Medikamente (z.B. Marcoumar, Plavix, Clopidogrel, Xarelto, Sintrom, Eliquis, Pradaxa, Brilique, Efiect), Diabetesmedikamente (Zucker) oder spritzen Sie Insulin? Dann bitten wir Sie, rechtzeitig (möglichst mindestens eine Woche vor der Untersuchung) die weitere Einnahme bzw. Insulindosis mit Ihrem verordnenden Arzt oder uns zu besprechen.

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente eingenommen, welche die Blutgerinnung beeinflussen können (siehe oben)? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie schwere Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Latex? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Leiden Sie an einem Herzklappenfehler, an einer schweren Herz- oder Lungenkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tragen Sie einen Herzschrittmacher, einen Defibrillator oder ein Metallimplantat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie lockere Zähne, eine Zahnprothese oder eine Zahnkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie den Eindruck, dass Sie nach kleinen Verletzungen länger als andere bluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haben Sie längere oder schwere Blutungen im Rahmen einer Operation gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Besteht in Ihrer Familie eine Erkrankung mit vermehrter Blutungsneigung (Bluter)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Einverständniserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Informationsblatt zur Kenntnis genommen. Ich wurde zu meiner Zufriedenheit über Grund, Ablauf und mögliche Risiken der Darmspiegelung aufgeklärt.

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Ich bin mit der Durchführung der Darmspiegelung inklusive einer allfälligen Polypentfernung einverstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung inklusive einer allfälligen Probenentnahme einverstanden (falls eine solche Untersuchung bei Ihnen geplant ist). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf-/Schmerzmitteln einverstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name Patient _____ Name Arzt _____

Datum _____ Datum _____

Unterschrift Patient¹⁾ _____ Unterschrift Arzt _____

¹⁾ oder des gesetzlichen Vertreters