**Infoblatt zur Terminierung einer Magenspiegelung (ÖGD)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sie möchten eine Magenspiegelung (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, ÖGD) in unserem MVZ vereinbaren.

Es handelt sich hierbei um eine effektive, sichere und strahlungsfreie Untersuchungs-Methode, des oberen Magen-Darm-Trakts (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm).

Damit die Untersuchung komplikationsfrei durchgeführt werden kann und aussagekräftige Ergebnisse erbringt, müssen Sie vorab einige Dinge beachten. Hierzu gibt es einen ausführlichen **Aufklärungsbogen**, der Ihnen alle Informationen zur Untersuchung gibt und von unserer **Homepage abrufbar** ist oder Ihnen vom den **Schwestern im MVZ** am Untersuchungstag übergeben wird. Lesen Sie diesen bitte zu Hause oder am Untersuchungstag zeitnah durch, füllen ihn aus und bringen ihn zum unten genannten Untersuchungstermin wieder mit. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass eine Endoskopie **mit Sedierung nur** erfolgen kann**, wenn eine Begleitperson** für den Heimweg **zur Verfügung steht.**

**Untersuchungstermin:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Uhrzeit:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vor und nach der Spiegelung** ist ein persönliches **Arztgespräch** vorgesehen. Hier haben Sie ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und sich den Befund erläutern zu lassen. Auf Wunsch kann das Vorgespräch auch an einem anderen Tag erfolgen. Wenden Sie sich hierzu bitte an die Mitarbeiterinnen im MVZ.

Sie haben sicher verfolgt, dass die Bundesregierung zum 25.01.16 eine Termingarantie für Facharzttermine eingeführt hat. Wir haben daher die Organisation gestrafft und ein *Bestell-System* implementiert. Dies bedeutet, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert ist. Sie gehen einen Behandlungsvertrag mit uns ein. Daraus folgt, dass Sie Ihren vereinbarten Termin pünktlich wahrnehmen oder **frühzeitig absagen müssen (spätestens 48 Stunden vor Termin).** Nur auf diese Weise können wir ggf. den freiwerdenden Termin einem anderen Patienten anbieten und die Wartezeiten insgesamt reduzieren. ***Bei fehlender oder verspäteter Absage werden wir ein Ausfallhonorar nach der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) von 123,74 Euro berechnen*. Terminabsagen/-änderungen** bitte unter der Nummer **03771/58-2384** – Anrufbeantworter ist rund um die Uhr geschalten, bitte Name, Geburtsdatum und Termin auf sprechen).

**Informationen zur Sedierung (Schlafspritze)**

Die ÖGD kann ohne Sedierung durchgeführt werden, wird jedoch individuell unterschiedlich als unangenehm empfunden. Es kommt dabei häufig zur Auslösung des Würgereflexes und zum Aufstossen von Luft. Durch eine Sedierung schlafen Sie während der Untersuchung, so dass Sie keine Erinnerung an die Vorgänge haben und die Endoskopie in angenehmer Erinnerung behalten. Der Nachteil der Sedierung ist, dass Ihre Reaktionszeit für eine längere Zeit beeinträchtigt ist. Sie dürfen daher kein Fahrzeug lenken, nicht am Verkehr teilnehmen, keine Maschinen bedienen und keine Tätigkeiten ausüben, wobei Sie sich oder andere Personen gefährden könnten. Dies gilt für den gesamten Untersuchungstag. Sie erhalten aus diesem Grunde eine Arbeitsunfähigkeit für den Arbeitgeber von uns. Wir raten dringend zur Abholung durch eine Begleitperson, um Komplikationen durch eine Störung der Orientierung oder des Gleichgewichts mit resultierender Sturzgefahr zu vermeiden. Eine Rückfahrt mit dem Taxi ist möglich. Bitten Sie den Fahrer Sie bis zur Wohnungstür zu begleiten.

**Bitte bringen Sie Vorbefunde von Untersuchungen aus dem Krankenhaus oder Vorbefunde die in anderen Arztpraxen durchgeführt worden sind zum Termin mit. Zudem benötigen wir den aktuellen Medikamentenplan.**

**Komplikationsmanagement**

Trotz sorgfältiger Untersuchungstechnik können Komplikationen nicht ausgeschlossen werden. Sollten Bauchschmerzen, Fieber oder Blutungen aus dem Darm auftreten, setzen Sie sich bitte unter der Tel. **03771/58-2380** mit uns in Verbindung. Bei Notfällen oder außerhalb unserer Sprechzeiten, wenden Sie sich bitte direkt an die Rettungsstellen der Krankenhäuser oder den **Rettungsdienst unter 112**. Sonst ist der ärztliche **Bereitschaftsdienst unter 116117** erreichbar

**Bestätigung:**

Ich habe das Infoblatt gelesen und bestätige hiermit den oben vereinbarten Termin. Es handelt sich um eine **verbindliche Vereinbarung**. Eine Stornierung erfolgt nach genannter Regelung.

**Terminabsage /-änderung unter: 03771/58-2384**

**(Bitte hinterlassen Sie Ihren Namen, Geb.-datum, Termin und Rufnummer)**

O 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 mit einem Fahrzeug (Fahrrad, Auto etc.) nach Hause fahren werde, sondern eine sichere Heimfahrt organisiert habe.

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

…………….. ………………………………… ……………………..

Ort, Datum Unterschrift des Patienten Unterschrift MVZ

**Bitte geben Sie diese 2 Bögen im MVZ an der Anmeldung ab oder faxen Sie uns den Bogen zu (03771/58-2389), damit wir den Termin im EDV-System bestätigen können!**

Vielen Dank.

Ihr Team vom MVZ Aue Gastroenterologie/Endokrinologie