

Krankenkasse bzw. Kostenträger C		
Name, Vorname des Versicherten  geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Berriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Nachsorge und Verhalten nach ambulanter Endoskopie

### ■ Liebe Patientin, lieber Patient

bei ihnen fand eine endoskopische Untersuchung/Behandlung ambulant statt. Um unnötige Risiken zu vermeiden, möchte ich als Ihr behandelnder Arzt sicherstellen, dass alle in Frage kommenden Probleme geklärt sind. Sie sollen nach der endoskopischen Untersuchung sicher nach Hause kommen und dort gut versorgt sein. Diese Information dient also Ihrer eigenen Sicherheit und sollte von Ihnen mitgenommen und aufbewahrt werden.

### ■ Endoskopie-Information

Folgende Untersuchung wurde heute, am

Datum ..... Uhrzeit .....  
 durchgeführt:

- diagnostische:       Magenspiegelung  
 therapeutische:     Dickdarmspiegelung

- mit Beruhigungsspritze:  
 Dormicum ..... mg iv.  
 Propofol ..... mg iv.

- ohne Beruhigungsspritze  
 mit Komplikationen:

- ohne Komplikationen:

Bemerkungen zur Untersuchung:

Untersuchungsende: ..... Uhrzeit

Entlassungszeit: ..... Uhrzeit

- ausführlichen Arztbrief mitgegeben  
 histologischer Befund folgt

Besondere Empfehlung:

---



---



---

### ■ Verhalten-Information

Sie dürfen nach der Untersuchung

- bis ..... Uhrzeit nicht  
 trinken/essen

- für 24 Stunden **nicht** aktiv am  
 Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere  
 kein Fahrzeug oder Zweirad führen; keine  
 wichtigen Entscheidungen treffen und  
 Maschinen bedienen.

- Es besteht **keine** Einschränkung der  
 Verkehrstauglichkeit.

Achten Sie bitte auf folgende Symptome:

- Schmerzen                       Schwindel  
 Herzrasen                       Fieber  
 Bluterbrechen                 Blutstuhl

- Sonstiges:

und wenden sich ggf. sofort an

- unsere Praxis  
 Ihren betreuenden Hausarzt  
 Krankenhaus/Notaufnahme 03501-7118-0  
 Rettungsdienst 112 oder 116117

.....  
 Unterschrift Arzt