

Einwilligung in die Durchführung der pillcam Kapsel-Endoskopie

Dr. med. H.-G. Hörster
D. Asdonk
Dr. med. U. Heinen

Internisten und
Gastroenterologen

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Strasse, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

- Koloskopie
- Gastroskopie
- Kapselendoskopie
- Proktologie
- Sonographie
- H2-Atemtest
- Hepatologie
- CED Sprechstunde

Einwilligung in die Durchführung der pillcam Kapsel-Endoskopie

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Verfahren der pillcam Kapsel-Endoskopie unterrichtet wurde. Über Art, Zweck und Hergang der Untersuchung, sowie über die wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Untersuchung und zum Unterlassen dieser Untersuchung wurde ich hinreichend informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass es in seltenen Fällen zu einem **Steckenbleiben** der pillcam Kapsel im Magen-Darm-Trakt kommen und in diesem Fall evtl. eine **Operation** notwendig werden kann. Ich bin auf mögliche körperliche/seelische/berufliche Komplikationen durch diese Untersuchung hingewiesen worden. Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zur Sprache. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit gegeben. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte, soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Ich erkläre mich mit der vorgesehenen pillcam Kapsel-Endoskopie einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des
Patienten

Unterschrift des Arztes

Odenkirchener Str. 43
41236 MG-Rheydt

Telefon
0 21 66 - 18 99 2 0
Fax
0 21 66 - 18 99 2 20
Service Telefon
0 21 66 - 18 99 2 25

info@gastropraxis.de
www.gastropraxis.de

