



**Einwilligung zur Durchführung einer Videokapselendoskopie des Verdauungstraktes**

Wir haben eine Untersuchung des Verdauungstraktes mit der Videokapselendoskopie geplant. Vor dieser Untersuchung müssen Sie nach dem Informationsgespräch mit mir Ihr Einverständnis zur Untersuchung geben:

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Verfahren der Videokapselendoskopie (VKE) 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 sehr seltenen Fällen auch zu einem Steckenbleiben der VKE- Kapsel im Magen-Darm-Trakt kommen und in diesem Fall evtl. eine Operation notwendig werden kann. Bei schweren Schluckstörungen (z.B. nach Schlaganfall) kann die Kapsel in die Luftröhre gelangen; diese Komplikation ist äußerst selten und würde eine Spiegelung der Luftwege nach sich ziehen.

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 Videokapselendoskopie einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich vor der Untersuchung mindestens 10 Stunden weder essen noch trinken darf, sowie erst 2 Stunden nach Beginn der Untersuchung trinken und nach 4 Stunden etwas essen soll. Außerdem wurde ich darüber informiert, dass ich während der Untersuchung nicht duschen oder baden und keine schweren körperlichen Tätigkeiten verrichten darf.

Sollte es nach der Einnahme der Videokapselendoskopie zu Bauchschmerzen, Erbrechen oder anderen Beschwerden kommen, werde ich meinen behandelnden Arzt sofort kontaktieren.

**Individuelle Risiken/Allergien:**

---

**Bitte folgende Medikamente pausieren:**

**Bitte fragen Sie, wenn Sie weitere Informationen wünschen.**

**Dr. Hahn / Dr. Iffland**

<b>Die Untersuchung erfolgt am:</b>	
<b>Wochentag</b>	
<b>Datum</b>	
<b>Uhrzeit</b>	

**Zur Kenntnis genommen.  
 Mit den Untersuchungsbedingungen bin ich einverstanden.**

Calw, den

**Unterschrift:** .....