



Patientenetikette

Datum: \_\_\_\_\_

## **Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur gastroenterologischen Untersuchung**

---

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen sofort nach Erhalt durch.

Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen).

# Aufklärung für Patientinnen und Patienten zur Kapselendoskopie

Etikette

Aufklärungsprotokoll abgegeben von:

Datum:

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie die vorliegenden Unterlagen **sofort** nach Erhalt durch. Füllen Sie die Fragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie die Unterlagen möglichst am Vortag der Untersuchung. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen).

Bei Ihnen soll eine **Kapselendoskopie** durchgeführt werden. Zu dieser Untersuchung erhalten Sie beiliegend:

- ein Informationsblatt
- einen Fragebogen
- die Einverständniserklärung

## Das Informationsblatt:

Im Informationsblatt finden Sie Informationen über den Ablauf der Untersuchung sowie deren Ziele und Risiken. Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch.

Falls Sie weitere Fragen haben zur Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung, zu Alternativen oder zu Risiken der Untersuchung, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Die meisten dieser Fragen kann der Arzt beantworten, der Sie für die Untersuchung angemeldet hat. Spezifische Fragen über die technische Durchführung der Untersuchung oder spezifische Probleme können bei Bedarf vom durchführenden Spezialarzt (Gastroenterologen) beantwortet werden. Wenn Sie das wünschen, bitten wir Sie, sich dafür rechtzeitig bei uns oder dem zuweisenden Arzt zu melden.

## Der Fragebogen:

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen zur Abschätzung des Risikos der Kapselendoskopie vollständig auszufüllen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zur Untersuchung mit. Wir bitten Sie, den Fragebogen möglichst einen Tag vor der Untersuchung zu datieren und zu unterschreiben. Falls Sie Probleme oder Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen haben, wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihren Arzt oder an uns.

## Die Einverständniserklärung:

Lesen Sie auch die Einverständniserklärung genau durch. Datieren und unterschreiben Sie diese ebenfalls spätestens am Vortag der Untersuchung.

Das Informationsblatt ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt.

Der Fragebogen und die Einverständniserklärung werden bei uns in der Krankenakte aufbewahrt.

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*

## **Informationsblatt zur Kapselendoskopie**

### **Weshalb erfolgt eine Kapselendoskopie?**

Die Kapselendoskopie ermöglicht die Untersuchung derjenigen Abschnitte des Dünndarms, die durch eine Magenspiegelung oder Dickdarmspiegelung nicht eingesehen werden können. Dafür muss eine Video-Kapsel von der Grösse einer grossen Tablette geschluckt werden, die passiv durch den Magendarmtrakt befördert wird. Diese Kapsel enthält eine Kamera, mit der pro Sekunde etwa zwei Bilder aufgenommen werden, welche unmittelbar mit einem Sender an die, am Körper aufgeklebten Empfänger geschickt und in einem tragbaren Computer gespeichert werden. Mit der Aufnahme dieser Bilder, die durch Ihren Arzt nach Abschluss der Kapselpassage angeschaut werden, können krankhafte Veränderungen des Dünndarms (wie z.B. entzündliche Veränderungen, Geschwüre, Polypen oder Tumore), die für Ihre Beschwerden verantwortlich sein können, erkannt werden. Mit dieser Untersuchung können keine Gewebeproben gewonnen oder Eingriffe durchgeführt werden.

### **Welche Vorbereitungen sind für eine Kapselendoskopie nötig?**

Wie bei der Dickdarmspiegelung erfordert die optimale Untersuchung des Dünndarms eine gründliche Reinigung des Darmes (siehe separate Anweisungen). Bitte befolgen Sie die Anweisungen zur Darmreinigung genau. Die Einnahme von Eisenpräparaten ist 5 Tage vor der Untersuchung zu stoppen.

### **Wie läuft die Kapselendoskopie ab?**

Am Untersuchungstag sollten Sie nüchtern (ab Mitternacht keine Einnahme von Nahrung oder Flüssigkeit) zur Einnahme der Kapsel erscheinen, da der obere Verdauungstrakt für die Kapselendoskopie frei von Speiseresten sein muss. Das Trinken klarer, fettfreier Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis 3 Stunden vor Untersuchungsbeginn erlaubt. Nach einem Vorbereitungsgespräch werden die Sensoren und das Aufnahmegerät an Ihrem Körper befestigt. Nach dem Schlucken der Videokapsel können Sie das Spital/die Praxis wieder verlassen. Der Gurt mit den Sensoren und das Aufnahmegerät dürfen während der Untersuchung nicht entfernt werden. Die Untersuchungszeit dauert ungefähr 8 Stunden. Zwei Stunden nach Einnahme der Kapsel dürfen Sie Wasser trinken, weitere zwei Stunden später normal Essen. Das Pflegepersonal wird mit Ihnen einen Zeitpunkt zur Entfernung des Aufnahmegerätes vereinbaren. Über die korrekte Funktionsweise des Aufnahmegerätes werden Sie instruiert. Bei Störungen wenden Sie sich bitte sofort an das zuständige Pflegepersonal.

Die Übermittlung der Bilddaten von der Kapsel auf das Aufnahmegerät kann durch Interferenzen (Fernbedienungen, Mobiltelefone, Funkantennen etc.) gestört sein. Wir bitten Sie deshalb sich von Geräten mit drahtloser Übermittlung fern zu halten.

Die Kapsel wird auf natürlichem Wege beim Stuhlgang ausgeschieden.

### **Welche Risiken sind mit der Kapselendoskopie verbunden?**

Die Kapselendoskopie ist risikoarm. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme der Kapsel zu einem Darmverschluss kommen, der eine endoskopische oder operative Entfernung der Kapsel notwendig macht (< 1%). Das Risiko ist bei Patientinnen/Patienten erhöht, die bereits einmal einen Darmverschluss erlitten haben oder bei denen eine Engstellung des Darmes („Stenose“) vermutet wird. Unter solchen Umständen ist die Durchführung einer Kapselendoskopie nicht möglich, bzw. die Risiken gegen den Nutzen abzuwiegen. Um das Risiko möglichst klein zu halten, werden vorgängig Röntgenuntersuchungen durchgeführt oder eine selbstauflösende „Scheinkapsel“ verabreicht.

### **Wie verhalte ich mich nach der Untersuchung?**

Nach Beendigung der Untersuchung dürfen Sie normal essen und trinken. Die Kapsel wird über den normalen Weg ausgeschieden. Sie ist für den Einmalgebrauch bestimmt, eine Bergung der Kapsel ist deshalb nicht notwendig.

Falls Sie während oder nach der Untersuchung Bauchschmerzen, Fieber oder Übelkeit entwickeln, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt oder suchen Sie eine Notfallstation auf.

**Achten Sie auf die Ausscheidung der Kapsel.** Wenn Sie die Ausscheidung nicht eindeutig bestätigen können, ist unter Umständen eine Röntgenuntersuchung notwendig.

Die Durchführung einer Kernspintomographie (MRI) während der Untersuchung kann zu schweren Schäden des Darmes führen, sie ist deshalb absolut verboten. Falls Sie die Ausscheidung der Kapsel nicht eindeutig bestätigen können, ist eine Röntgenuntersuchung vor der Durchführung einer Kernspintomographie (MRI) zwingend notwendig.

### **Fragen zur Untersuchung?**

Falls Sie weitere Fragen zur geplanten Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Bei weiterhin bestehenden Unklarheiten wenden Sie sich an den Spezialarzt (Gastroenterologen), der die Untersuchung bei Ihnen durchführen wird.

**Bei Fragen oder Problemen können Sie sich bei folgenden Ärzten melden:**

|                  |  |      |
|------------------|--|------|
| Hausarzt         |  | Tel: |
| Gastroenterologe |  | Tel: |

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*

## **Fragebogen**

Etikette

### **Einschätzung des Risikos der Kapselendoskopie**

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Hatten sie jemals einen Darmverschluss?                                                                                                                                                                                                                                | Ja | Nein |
| Hatten sie jemals eine Bauchoperation? Wenn ja, welche?<br><br>- Blinddarm<br>- Magenoperation<br>- Operationen des Dickdarmes<br>- Operationen am Dünndarm<br>- Operationen an Leber, Bauchspeicheldrüse<br>- Operationen an der Gebärmutter, Eierstöcke<br>- Andere? |    |      |
| Wird bei Ihnen ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa vermutet?                                                                                                                                                                                                   |    |      |
| Wird bei Ihnen eine Engstellung („Stenose“) des Darmes vermutet?                                                                                                                                                                                                       |    |      |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher, Neurostimulator oder andere elektronische Implantate?                                                                                                                                                                               |    |      |
| Nehmen Sie Schmerz-, Rheumamittel oder Aspirin ein? Wenn ja welche, wie viel?                                                                                                                                                                                          |    |      |

**Ich, die/der Unterzeichnende habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.**

Ort, Datum

Name Patient

Unterschrift Patient

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.

## **Einverständniserklärung**

### **zur Kapselendoskopie**

Etikette

**Aufklärungsprotokoll abgegeben von:**

**Datum:**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Kapselendoskopie aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Kapselendoskopie habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

*(Zutreffendes ankreuzen)*

**Ich bin mit der Durchführung der Kapselendoskopie einverstanden**

Ja

Nein

Name Patient

Name Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

**Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:**

Gesetzlicher Vertreter  
oder Bevollmächtigter

Name Arzt

Ort, Datum

Unterschrift des Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

*Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.*