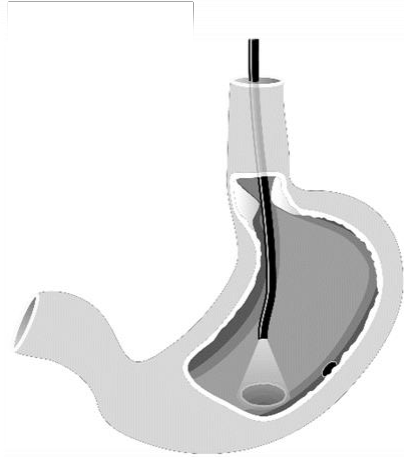


Gastroskopie

Eine Magenspiegelung (Ösophagogastroduodenoskopie) ist die Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes mit einem Gastroskop, einem flexiblen, unter 1cm dicken Schlauch mit einer Lichtquelle und Optik an der Spitze. Auf einem Videomonitor beurteilt der Arzt die Schleimhaut des oberen Magendarmtraktes und kann mithilfe spezieller Instrumente Gewebeproben entnehmen oder Veränderungen abtragen.

In den meisten Fällen erfolgt die Untersuchung in einer kurzen Schlafnarkose (Sedierung) und ist schmerzfrei. Nach der Sedierung sind sie nicht geschäftsfähig und dürfen für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Auf Wunsch kann sie aber auch beim wachen Patienten in lokaler Betäubung (Rachendachanästhesie) durchgeführt werden.



Wann ist eine Gastroskopie erforderlich?

Bei Schmerzen im Oberbauch, chronischen Durchfällen oder Schluckbeschwerden.

Bei Refluxbeschwerden wie Sodbrennen, Räusperzwang, chronischem Husten

Zur Abklärung von Blutarmut (Anämie), bei Eisenmangel oder Unverträglichkeit von gewissen Nahrungsmitteln (z.B. Gluten).

Welche Komplikationen können auftreten?

Sehr selten kann es zu *Verletzungen* des Kehlkopfes, der Luftröhre oder des Rachens kommen. Durch das *Einatmen von Mageninhalt* (Aspiration) kann es zu einer Lungenentzündung kommen. Da die Untersuchung immer nüchtern erfolgt, ist dieses Risiko gering.

Nach Entnahme von Gewebeproben kann bei erhöhter Blutungsneigung eine *Nachblutung* auftreten.

Eine *Perforation*, ein Durchbruch der Wand des Verdauungstraktes ist äußerst selten.

Im Zuge der Untersuchung kann eine *allergische Reaktion* gegen Latex, Desinfektions- oder Narkosemittel auftreten.

Infektionen durch Keimverschleppung über die Blutbahn können meist erfolgreich mit Antibiotika behandelt werden.

Datum der Untersuchung:

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Nehmen sie *blutverdünnende Medikamente* ein wie z.B. Thrombo- ASS®, Sintrom®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis® oder Aspirin®?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen sie *sonstige Medikamente* ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben sie eine *Allergie* gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Latex, Desinfektionsmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster oder Kunststoffe?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben sie eine erhöhte Blutungsneigung, z.B. häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachblutung nach Operationen?

ja nein

Besteht oder bestand eine *Infektionskrankheit* wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose?

ja nein

Haben oder hatten sie eine bekannte

- Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems z.B. koronare Herzerkrankung, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzrhythmusstörung, Herzklappenfehler?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Lungen- oder Atemwegserkrankung wie Asthma bronchiale, chronische Lungenentzündung (COPD), Emphysem oder Fehlbildung?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Stoffwechselerkrankung wie Diabetes oder Gicht?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wurden bei ihnen schon Operationen durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche?

Tragen sie Implantate oder Fremdkörper im Körper (Schrittmacher, Defibrillator,

Gelenksprothese, Stent, Splitter)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es dabei Komplikationen?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben sie lockere *Zähne*, Zahnprothesen, Brücken, Implantate, Paradontose?

ja nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter: sind sie oder könnten sie schwanger sein?

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient