

## INFORMATIONEN ZU IHRER GASTRO- UND / ODER KOLOSKOPIE (Magen- / Darmspiegelung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

anbei finden Sie alle wichtigen Informationen rund um die bei Ihnen geplante endoskopische Untersuchung in unserem Zentrum für Gastroenterologie.

Wir bitten Sie, sich alle Informationen ausführlich durchzulesen. Dies ist wichtig, um Ihnen einen reibungslosen und sicheren Ablauf der Untersuchung bieten zu können.

Denken Sie bitte außerdem daran, folgendes mitzubringen:

- Vorbefunde (z. B. Laborwerte, Gerinnungswerte, Arztbriefe)
- T-Shirt (zum Wechseln)
- Decke (zum Zudecken)
- großes Handtuch (Saunahandtuch) bei Koloskopie
- Medikamentenplan

Wir bitten Sie darum, **15 Minuten vor Ihrem vereinbarten Termin** in der Praxis zu sein. Dies gilt nicht für Patienten mit einem Termin zu Praxisbeginn um 07:30 Uhr. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

Falls Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Ihr Praxis Team vom Zentrum für Gastroenterologie und der ZfG MVZ GmbH

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis Dr. Renard & Kollegen begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam Dr. Renard & Kollegen

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf/Tätigkeit	
Hausarzt	Überweisender Arzt	

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

#### Magen-Darm-Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen   seit: _____  | <input type="checkbox"/> Verstopfung   seit: _____            |
| <input type="checkbox"/> Blähungen   seit: _____       | <input type="checkbox"/> Durchfall (> 3 x tgl.)   seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen   seit: _____      | <input type="checkbox"/> Darmblutungen   seit: _____          |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust   seit: _____ | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                      |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                   | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                  | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa         |
| <input type="checkbox"/> Darmpolypen                    | <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intol.: _____   |   | <input type="checkbox"/> Helicobacterbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Voroperationen/sonstige: _____ |   | <input type="checkbox"/> perianale Blutung(en)    |

#### Leber-/Gallenkrankheiten

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Fettleber         | <input type="checkbox"/> Gallensteine         | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____   |   |  |

#### Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
|--|---|---|

#### Lungenerkrankungen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|--|--|--|

#### Herzerkrankung/erhöhter Blutdruck

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit             | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche/-insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern                     | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher          |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz   welcher: _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____                    |   |   |

#### Nierenerkrankung

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
|---|---------------------------------------|--|

#### Sonstige

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle   | <input type="checkbox"/> Leukämie/Lymphome | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten<br>(z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke   welche: _____                           |  | <input type="checkbox"/> Epilepsie  |
| <input type="checkbox"/> Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____<br>(insbes. Darmkrebs) |  | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                                    |

**Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)**

- Marcumar    Xarelto    Lixiana    ASS    Plavix    Sintrom    Brilique  
 Phenpro    Pradaxa    Efixent    Aspirin    Iscover    Eliquis    Clopidogrel  
 Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer

**Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen**

welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)**

welche und wann: \_\_\_\_\_

- |   | ja                       | nein                     |                         |                        |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Besteht eine Soja- o. Erdnuss-Allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |                        |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: | _____                  |
| Rauchen Sie?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wieviel:       | _____ /Tag seit: _____ |
| Nehmen Sie Drogen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche:        | _____                  |

**Erhebung der Blutungsanamnese**

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?**

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist eine Thrombozytopenie bekannt?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelenkblutungen/Blutungen in Weichteile oder Muskeln         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beobachten Sie bei Wunden ein längeres Nachbluten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat ein längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP auf  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gab/Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Punktförmige Blutungen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient seit mind. 2 Jahren<br><input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen / Praxisschild<br><input type="checkbox"/> Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt | <u>Internet:</u><br><input type="checkbox"/> Soziale Medien (Facebook, Instagram, TikTok)<br><input type="checkbox"/> Google<br><input type="checkbox"/> Jameda | <u>Empfehlung:</u><br><input type="checkbox"/> Privat: _____<br><input type="checkbox"/> Arzt: _____ |
|--|---|--|

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Dokumentierte Patientenaufklärung  
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD)  
Spiegelung des oberen Verdauungstraktes  
(Gastroskopie)

## Adressaufkleber Patient

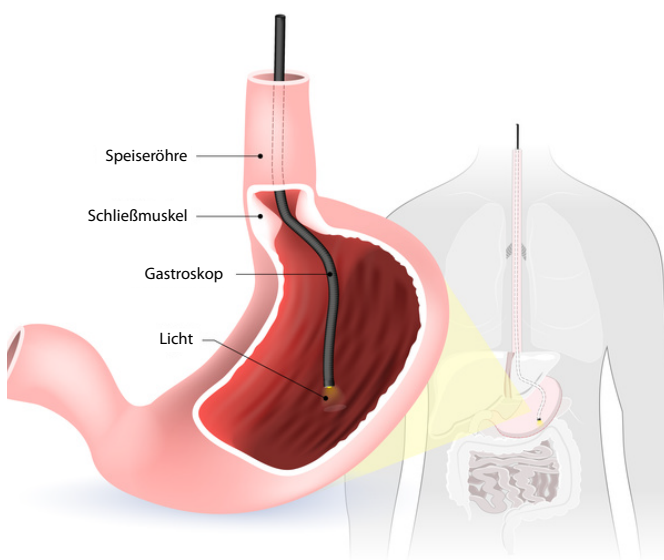
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Magenspiegelung geplant. Mithilfe dieser soll die Ursache Ihrer Beschwerden genauer festgestellt und, falls möglich, behandelt werden.

Bitte lesen Sie sich diesen Aufklärungsbogen gut durch. Ihre Fragen können in einem Aufklärungsgespräch beantwortet werden.

### Ablauf der Magenspiegelung

Der Arzt schiebt das Endoskop vom Mund aus über die Speiseröhre und den Magen bis zum Zwölffingerdarm. Durch das Einblasen von Luft oder CO<sub>2</sub> entfaltet sich der Magen, sodass die Strukturen besser gesehen werden können. Während der Spiegelung können Proben entnommen werden.



### Ablauf der Sedierung (Schlafspritze)

Auf Ihren Wunsch hin können Sie eine Schlafspritze bekommen. Dafür verwenden wir entweder Propofol oder Midazolam. Ihnen wird dafür eine Venenverweilkanüle gelegt. Puls, Blutdruck und Sauerstoffsättigung werden während der Sedierung fortlaufend überwacht.

Gegebenenfalls wird Ihr Rachen zusätzlich örtlich betäubt. Dies geschieht auch, wenn Sie auf eine Schlafspritze verzichten möchten.

### Alternativmethoden zur Gastroskopie

Alternative Methoden, zum Beispiel Ultraschall, Computertomographie oder Kernspintomographie, sind zwar weniger belastend, ermöglichen es dem Arzt jedoch nicht, den Verdauungstrakt direkt zu betrachten, Proben zu entnehmen oder Behandlungen durchzuführen.

### Mögliche Risiken und Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu, unter Umständen auch lebensbedrohlichen, Komplikationen kommen, welche weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern können.

Folgende Risiken und Komplikationen können entstehen:

- Selten: Gebisschäden, insbesondere bei lockeren Zähnen. Im Falle von Zahnschädigungen nach erfolgter Magenspiegelung findet ausdrücklich keine Kostenübernahme durch das Zentrum für Gastroenterologie und der ZfG MVZ GmbH für zahnärztliche Behandlungen statt.
- Sehr selten: Verletzung des Kehlkopfs und der Luftröhre oder der Wand des Verdauungstraktes. Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Schleimhautschwellungen, Schmerzen oder leichte Blutungen können eine Folge sein.
- Sehr selten: stärkere Blutungen, welche meist durch Medikamenteneinspritzung, Klammerung oder elektrischer Ver-

ödung gestillt werden können. In extrem seltenen Fällen kann eine Operation oder eine Bluttransfusion erforderlich werden.

- Sehr selten: Infektion mit Fieber, äußerst selten Keimausbreitung, welche eine intensivmedizinische Behandlung erfordert.
- Sehr selten: Einatmen von Mageninhalt, was zu einer Lungenentzündung führen kann. Diese müsste mit Antibiotika behandelt werden.
- Sehr selten: Allergie oder Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten, welche im Extremfall zu einem akuten Kreislaufschock mit Abfall des Blutdrucks und des Pulses führen kann. Im Extremfall macht dies intensivmedizinische Maßnahmen notwendig.
- Äußerst selten: Haut-, Gewebe- oder Nervenschäden durch die Lagerung während der Sedierung, Unverträglichkeiten gegenüber Desinfektionsmitteln oder elektrischen Strom.

### Wichtiger Hinweis

Treten Schmerzen oder andere stärkere Befindlichkeitsstörungen (Schwindel, Erbrechen, Fieber, starke Übelkeit) auf, bzw. kommt es zu Bluterbrechen oder Blutabgang über den After, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt, die Notaufnahme einer Klinik oder auch Ihren Hausarzt.

### Nach der Spiegelung

Leichter Brechreiz, Schluckstörungen, Missempfindungen im Rachenraum und Blähungen sind meist harmlos und verschwinden nach kurzer Zeit.

### Einwilligungserklärung

Über die geplante Magenspiegelung, Risiken und Komplikationen, Erfolgsaussichten, Alternativmethode und eventuell weitere erforderliche Behandlungsmaßnahmen, wurde ich ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige, nach ausreichender Bedenkzeit, in die geplante Untersuchung, einschließlich notwendiger Behandlungsmaßnahmen, ein.

Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffs bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, die Praxis nach erfolgter Sedierung nicht alleine zu verlassen und stelle sicher, von einer Begleitperson abgeholt zu werden. Sollte mir dies nicht möglich sein, willige ich hiermit ein, die Praxis nur in Begleitung eines Taxifahrers zu verlassen. Mir ist bekannt, dass ich nach erfolgter Sedierung am Untersuchungstag kein Fahrzeug mehr führen darf.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung über den geplanten Eingriff.

---

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZU IHRER GASTROSKOPIE (Magenspiegelung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Magenspiegelung geplant. Diese Informationen dienen dem reibungslosen und komplikationsfreien Ablauf Ihrer Untersuchung. Bitte lesen Sie die Informationsblätter sorgfältig durch und halten Sie sich an die Vorgaben. Bei Fragen können Sie sich gerne vor der Untersuchung oder am Tag der Untersuchung an uns wenden.

Fürth: 0911 6600050

Zirndorf: 0911 606440

Nürnberg: 0911 962630-232

### Weshalb und wie erfolgt eine Magenspiegelung?

Bei der Magenspiegelung werden die Speiseröhre, der Magen und der Zwölffingerdarm untersucht. Es lassen sich damit Erkrankungen dieser Organe feststellen (z.B. Entzündungen, Geschwüre, Krampfadern, Polypen oder Tumore) und teilweise auch behandeln oder der Verlauf von bekannten Erkrankungen kann kontrolliert werden. Die Untersuchung dauert etwa zehn Minuten. Mittels modernen Video-Endoskopen, welche über den Mund eingeführt werden, erfolgt eine Untersuchung des oberen Gastrointestinaltraktes. Die Untersuchung erfolgt in nüchternem Zustand. Die letzte Nahrungsaufnahme sollte länger als sechs Stunden zurückliegen. Morgens nach dem Aufstehen kann noch ein Glas Wasser getrunken werden.

### Untersuchung mit Sedierung (Schlafspritze)

- Falls eine **Sedierung** (Schlafspritze) gewünscht ist, **benötigen Sie eine Begleitperson**. Alternativ rufen wir, auf Ihre eigenen Kosten, ein Taxi für Sie. Der Taxifahrer holt Sie dann in der Praxis ab.
- Falls Sie eine Sedierung (Schlafspritze) bekommen, dürfen Sie am Untersuchungstag kein Fahrzeug mehr führen.
- Ohne Spritze können Sie nach der Untersuchung alleine die Praxis verlassen und auch ein Fahrzeug führen.

### Medikamente, welche vor einer Magen- & Darmspiegelung abgesetzt werden müssen:

- Clopidogrel, Efient, Brilique: 7 Tage vor der Untersuchung absetzen.
- Xarelto, Pradaxa, Eliquis und Lixiana: 2 Tage vor der Untersuchung sowie am Untersuchungstag nicht mehr nehmen.
- Marcumar: 10 Tage vor der Untersuchung absetzen. Der INR soll unter 1,4 sein.
- Diabetesmedikamente: Metformin 2 Tage vor der Untersuchung absetzen.
- Insulin: Muss vorab mit dem Hausarzt/Diabetologen besprochen werden; von unserer Seite aus ist keine Pausierung erforderlich.

Alle anderen Medikamente können weiter eingenommen werden. Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt, **bevor** Sie die o. g. Medikamente absetzen! Sie oder Ihr Hausarzt können gerne Rücksprache mit unseren Ärzten halten.

### Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Untersuchungstag (und ggf. für den Abföhrtag) wird, bei Bedarf, ausgehändigt.

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Anderer Ärzte und Behandler gegenüber Dr. Renard & Kollegen -

Sehr geehrter Patient,

um weiterhin einen schnellen, sicheren und unkomplizierten Datenaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Fachärzten und / oder Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH:

Hiermit entbinde ich,

---

(Vor- und Nachname)

---

(Geburtsdatum und -ort)

---

(Straße, PLZ, Ort)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Angehörige von Krankenhäusern, welche mich untersucht, behandelt und / oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- sowie Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

an die ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH herausgegeben werden dürfen.

---

Ort, Datum

Unterschrift



## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Dr. Renard & Kollegen gegenüber anderen Personen, Ärzten, Behandler -

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum und -ort)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

**Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle:**

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

**an folgende Personen herausgegeben werden dürfen:** (bitte ankreuzen und ausfüllen)

Mitbehandelnde Ärzte

Ehepartner (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Familienangehörige (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Personen aus dem Bekanntenkreis / Freunde (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Bitte tragen Sie hier die Personen, welche Befunde, Laborwerte sowie Rezepte ausgehändigt bekommen bzw. erfragen dürfen, mit vollständigem Namen sowie Geburtsdatum ein.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Stand: 02/2023

## FESTE TERMINVEREINBARUNG / TERMINVERSÄUMNIS / BEREITSTELLUNGSHONORAR

1. Sie haben einen Termin für eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) und / oder **Gastroskopie** (Magenspiegelung) erhalten.

2. Sie verpflichten sich, den Behandlungstermin pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d. h. spätestens 24 Werktagsstunden vor einer geplanten Gastroskopie bzw. 48 Werktagsstunden vor einer geplanten Koloskopie oder kombinierten Gastro- / Koloskopie abzusagen.

Termine am Montag sind bis spätestens Freitag 12:00 Uhr der vorausgehenden Woche abzusagen.

Absagen können telefonisch, schriftlich, mündlich, per Fax oder E-Mail erfolgen. Entscheidend ist der Zugang in unserer Praxis.

3. In gastroenterologischen Praxen wird aufgrund der Zeitgebundenheit der Untersuchungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet und es wird zu jedem Termin nur ein Patient einbestellt. Der Termin wird insofern nur für den Patienten freigehalten und kann bei einer kurzfristigen Absage nicht anders vergeben werden.

Bei einer Terminabsage entgegen den Vorschriften nach Absatz 2 wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von max. 300 Euro (bei einer Gastroskopie 100 Euro, einer Koloskopie 200 Euro sowie einer kombinierten Gastro- / Koloskopie 300 Euro) berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

4. Im Falle von unverschuldetem Nichterscheinen besteht für Sie selbstverständlich die Möglichkeit der Vorlage eines ärztlichen Attestes im Falle einer Erkrankung. Ein solches kann, gerade bei Unfällen auf dem Weg in die Praxis, natürlich nachgereicht werden. Im Falle von Einwirkungen höherer Gewalt, welche es unmöglich machen den Termin in unserem Haus wahrzunehmen, sind Sie selbstverständlich von o. g. Vereinbarung befreit.

5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

---

Termin

Name, Vorname

Unterschrift Patient

## FESTE TERMINVEREINBARUNG / TERMINVERSÄUMNIS / BEREITSTELLUNGSHONORAR

1. Sie haben einen Termin für eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) und / oder **Gastroskopie** (Magenspiegelung) erhalten.

2. Sie verpflichten sich, den Behandlungstermin pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d. h. spätestens 24 Werktagsstunden vor einer geplanten Gastroskopie bzw. 48 Werktagsstunden vor einer geplanten Koloskopie oder kombinierten Gastro- / Koloskopie abzusagen.

Termine am Montag sind bis spätestens Freitag 12:00 Uhr der vorausgehenden Woche abzusagen.

Absagen können telefonisch, schriftlich, mündlich, per Fax oder E-Mail erfolgen. Entscheidend ist der Zugang in unserer Praxis.

3. In gastroenterologischen Praxen wird aufgrund der Zeitgebundenheit der Untersuchungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet und es wird zu jedem Termin nur ein Patient einbestellt. Der Termin wird insofern nur für den Patienten freigehalten und kann bei einer kurzfristigen Absage nicht anders vergeben werden.

Bei einer Terminabsage entgegen den Vorschriften nach Absatz 2 wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von max. 300 Euro (bei einer Gastroskopie 100 Euro, einer Koloskopie 200 Euro sowie einer kombinierten Gastro- / Koloskopie 300 Euro) berechnet, welches vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

4. Im Falle von unverschuldetem Nichterscheinen besteht für Sie selbstverständlich die Möglichkeit der Vorlage eines ärztlichen Attestes im Falle einer Erkrankung. Ein solches kann, gerade bei Unfällen auf dem Weg in die Praxis, natürlich nachgereicht werden. Im Falle von Einwirkungen höherer Gewalt, welche es unmöglich machen den Termin in unserem Haus wahrzunehmen, sind Sie selbstverständlich von o. g. Vereinbarung befreit.

5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

---

Termin

Name, Vorname

Unterschrift Patient

**KOPIE FÜR PATIENT**