

Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin FMH Kramgasse 63 · 3011 Bern Tel. 031 312 90 01 praxis.bigler@hin.ch · www.magendarmspezialist.ch

Einverständniserklärung

Magenspiegelung (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

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 Magenspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Magenspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.				
			ja	nein
Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung einverstanden.				
			ja	nein
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder				
Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.				
Name Patient/in			Name Arzt	
Ort, Datum	Unterschrift Patient/in	Ort, Datum	Unterschrift Arzt	
Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:				
Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter			Name Arzt	
Ort, Datum	Unterschrift Vertreter/ Bevollmächtigter	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.