



Dres. Mahle, Mach u. Baikow, Marktplatz 14, 72250 Freudenstadt

Einverständniserklärung Analkanalspiegelung (Proktoskopie) / Hämorrhoidenbehandlung

Bei der Proktoskopie (Analkanalspiegelung) handelt es sich um eine endoskopische Untersuchungsmethode des Analkanals und des unteren Rektumabschnittes.

Diese Untersuchung wird eingesetzt zur Abklärung von krankhaften Veränderungen des Analbereiches wie z.B. Schleimhautentzündungen, Analfissuren, Feststellung von Analwucherungen sowie zur Abklärung und Behandlung von Hämorrhoiden.

Die Untersuchung bedarf Ihrerseits keinerlei Vorbereitung. Sie liegen hierbei in Linksseitenlage mit angewinkelten Beinen auf der Untersuchungsfläche. Nach Austastung des Analkanals mit dem Finger erfolgt anschließend das Einführen des mit Gleitmittel versehenen Proktoskopes. Hierbei kann der Untersucher die Schleimhaut des Analkanals sowie des unteren Rektumabschnittes beurteilen und ggf. Hämorrhoiden mittels Gummibandligatur und/oder Sklerosierung (Verödung) behandeln. Schmerzen treten hierbei in der Regel nicht auf.

Die proktoskopische Untersuchung ist eine risikoarme Routineuntersuchung. Dennoch kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen, hierunter sind vor allen zu nennen:

- Verletzung des Analkanals bzw. der Darmwand durch das Proktoskop
- Blutungen bei der Entnahme von Gewebeproben oder bei der Behandlung von Hämorrhoiden. Diese Blutungen sind in der Regel geringfügig und kommen meistens spontan zum Stillstand. Bei der Einnahme von Blutgerinnungshemmern wird das individuelle Vorgehen mit dem Arzt besprochen.
- Infektionen mit nachfolgender Entzündung im Rahmen der Behandlung von Hämorrhoiden oder nach Entnahme einer Gewebeprobe.
- Druckgefühl nach Hämorrhoidenbehandlung über einige Tage nach der Untersuchung.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie helfen dadurch, Risiken weitgehend zu vermeiden:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? nein ja

Wurde bei Ihnen im Analbereich bereits eine Operation vorgenommen? nein ja

Bestehen Allergien? nein ja

Besteht aktuell eine Schwangerschaft? nein ja

Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein

Datum: _____ Unterschrift des Patienten _____

Ich möchte eine Kopie der Einverständniserklärung:

Ja Nein