



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Patient:

geb.

Pat. ID:

Telefonnummer:

Untersuchungstermin:

Medikamente:

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung einer Koloskopie – ggf. mit terminaler Ileoskopie (Dickdarmspiegelung und ggf. Spiegelung des letzten Dünndarmabschnittes) - sowie mit evtl. notwendigen Biopsien (Gewebeprobeentnahmen) und/oder einer Polypektomie (Polypenentfernung) einverstanden.

Über die Risiken der Untersuchung und der ggf. erforderlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (siehe oben) fühle ich mich auf Grund der bereits erfolgten Aufklärung im Rahmen einer vorausgegangenen Koloskopie ausreichend informiert.

Datum:

Unterschrift: