



Untersuchung des Enddarmes und des Anus (Proktoskopie) inkl. lokale Behandlung von Hämorrhoiden, Darmvorfall, Analfissur etc.

Die Untersuchung erfolgt zur Diagnose und Behandlung von Erkrankungen des Anus/Afteres und des unteren Mastdarmes.

Vor der Untersuchung

Spezielle Vorbereitungen sind nicht nötig, in der Regel erhalten Sie von uns unmittelbar vor der Untersuchung ein Zäpfchen/Suppositorium zur Entleerung des Enddarmes.

Haben Sie in den letzten 10 Tagen Medikamente eingenommen, welche?

Besteht eine vermehrte Neigung zu Blutungen?

Ja Nein

Auf welche Medikamente besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit?

Besteht eine Allergie auf Latex oder Heftpflaster?

Ja Nein

Wurden Sie wegen eines Herzklappenfehlers operiert?

Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

Ja Nein

Leiden Sie an: Diabetes Nierenerkrankung
 Lungenerkrankung Epilepsie

Bei Frauen: Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Untersuchung

In linker Seitenlage wird ein starres Instrument (Proktoskop) aus Plastik in den After eingeführt. Gelegentlich wird ein flexibles Instrument verwendet. Die Untersuchung ist in der Regel schmerzlos. Allerdings kann bei gewissen Erkrankungen wie Analfissur, Analthrombose oder Entzündungen die Untersuchung sehr schmerzhaft sein, in diesen Fällen werden wir Ihnen die Injektion eines Schlaf- und Schmerzmittels in eine Armvene empfehlen.

Bei mittelgrossen Hämorrhoiden (erweiterte Venen/Krampfader im Analbereich) und bei einem Schleimhautvorfall (Mukosaprolaps) kann Gewebe angesaugt und mit einem kleinen Gummiring abgeschnürt werden (Ligatur). Dadurch werden die Blutversorgung der Hämorrhoiden vermindert und das Gewebe gestrafft. Symptome wie Blutungen, Fremdkörpergefühl, Juckreiz, Nässen und Schleimabgang bessern. Das abgeschnürte Gewebe geht zu Grunde und wird meistens unbeachtet nach wenigen Tagen durch den Stuhl ausgeschieden.

Eine Analfissur ist ein schmerzhafter Einriss der Haut oder Schleimhaut des Afteres. Eine mögliche Behandlung besteht im Spritzen von Botox in den Schliessmuskel, um denselben während einigen Wochen zu entspannen und so die Abheilung der Fissur zu ermöglichen. Eine akut aufgetretene, sehr schmerzhaft äussere Hämorrhoid (Anal- oder Hämorrhoidalthrombose) kann mit einem kleinen Schnitt eröffnet und der geronnene Blutpfropf entfernt werden.

Mögliche Komplikationen

Die Untersuchung ist äusserst risikoarm. Komplikationen sind selten, möglich sind vorübergehende Schmerzen nach Ligaturen (8%), Blutungen (3%) und lokale Infektionen (<1%).

Nach der Untersuchung

Falls Sie ein Beruhigungsmittel erhielten, bitten wir Sie, während mindestens 8 Stunden nach der Untersuchung kein Fahrzeug zu lenken und keine Maschine zu bedienen. Gleichtags dürfen Sie auch keine rechtsgültigen Unterschriften leisten. Nehmen Sie bei allfälligen Schmerzen im Unterbauch ein gängiges Schmerzmittel. Treten nach dem Eingriff Kreislaufprobleme (z.B. Schwindel) auf oder tritt Blut in grösseren Mengen aus dem After aus, informieren Sie uns oder Ihren Hausarzt unverzüglich oder suchen Sie die Notfallstation des nächsten Spitals auf.

Bei Unklarheiten beantworten wir gerne noch vor der Untersuchung Ihre Fragen. **Rechnungsstellung:** In der Regel rechnen wir direkt mit der Krankenkasse ab. Falls Gewebeprobe oder Laboruntersuchungen veranlasst werden, wird vom Labor entweder direkt an Sie oder Ihre Krankenkasse gesondert eine Rechnung gestellt.



Datenschutzerklärung

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihren Arzt.

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Weitergabe der Daten

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.

- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

Widerruf Ihrer Einwilligung

Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

Berichtigung Ihrer Angaben

Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

Ich habe von diesem Informationsblatt Kenntnis genommen, wurde über den Personendatenschutz informiert und bin mit der Behandlung inklusive Beruhigungsmittel und allfälliger therapeutischer Massnahmen einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Unterschrift Arzt