

- ORL Lugano
- ORBV Bellinzona
- OBV Mendrisio
- ODL Locarno

Tel. 091 811 61 70  
Tel. 091 811 86 31  
Tel. 091 811 32 12  
Tel. 091 811 47 02

Fax 091 811 61 68  
Fax 091 811 87 39  
Fax 091 811 30 30  
Fax 091 811 44 59

---

## Informierte Zustimmung für gastroenterologische Verfahren

(Bitte spätestens am Vortag der Untersuchung datieren und unterschreiben. Zur Untersuchung mitbringen)

---

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Gastroenterologisches Verfahren

- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- Koloskopie (Darmspiegelung)
- ERCP (Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel)
- Endosonographie (interner Ultraschall)
- .....

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die Informationsbroschüre gelesen zu haben und über den Grund (Indikation), die Durchführungsweise der Untersuchung oder des Eingriffs und die diesbezüglichen Risiken klar, verständlich und vollständig informiert worden zu sein.

Meine gestellten Fragen wurden vollständig beantwortet:  ja  nein

Ich bin mit dem vorgeschlagenen Verfahren einverstanden:  ja  nein

Ich wünsche ein Beruhigungsmittel:  ja  nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_  
oder therapeutischer/gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_