

## Gastroenterologie

Tel. 033 / 226 26 41  
Fax 033 / 226 29 41

e-mail: medizin@spitalthun.ch

Name:..... Vorname:..... Geb.Datum:.....

## Information und Einwilligung für eine allfällige Hämorrhoidenbehandlung mittels Gummibänder

Wenn Sie unter Hämorrhoiden leiden, können diese mit einem kleinen Gummiband behandelt werden.

Alternativen sind Salben, Zäpfchen, Operation oder Injektion eines Verödungsmittel. Alle Verfahren haben Vor- und Nachteile. Für kleine bis mittelgrosse Hämorrhoiden ist unserers Erachtens die Gummibandbehandlung die beste Methode.

Die Behandlung selbst ist schmerzlos. Nach der Behandlung können aber in den ersten zwei Tagen leichte bis starke Schmerzen am After auftreten (ca. 10-20%). In diesem Falle, nehmen Sie ein warmes (Sitz)Bad und/oder ein Schmerzmittel. Wegen der Blutungsgefahr meiden Sie aber in den nächsten sieben Tagen azetylsalizylhaltige Medikamente wie:

Alcacyl, Alka-Selzer, Asasantin, Aspégic, Aspro 500, Aspirin, Colfarit, Contra-Schmerz C, Entersarine, Febradolor, Fortalidon, Fribagyl, Malex, Neo-Cibalgiln, Thomapyrin, Togonal ASS 300, Togonal Ass + C, Treupel, Triplex, Upsalgiln C.

Falls es nach etwa 2-6 Tagen zu einer leichten Blutung aus dem After kommt (wenige als 10%), ist dies nicht beunruhigend, da in der Regel zu diesem Zeitpunkt die Gummibänder abfallen. Falls es aber zu einer grösseren Blutung kommt, melden Sie sich unverzüglich in der Endoskopie des Spital Thun unter 033 / 226 26 41 oder ausserhalb der regulären Arbeitszeiten beim Dienstarzt der Medizinischen Klinik unter 033 / 226 29 32. Sehr selten kann es auch zu Infektionen im Bereich der Ligatur kommen (weniger als 1%). Falls also erst nach einigen Tagen Schmerzen am After auftreten, sollten Sie sich ebenfalls unverzüglich melden.

### **Einverständniserklärung:**

Ich, die/der Unterzeichnende habe von diesem Merkblatt Kenntnis genommen und wurde durch die/den Ärztin/Arzt in einem Gespräch über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich bin mit der Durchführung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Fragen und Bemerkungen:**