



## Anweisungen für Patienten:

### Kamerakapsel für den Verdauungsapparat

Die genaue Befolgung dieser Anweisungen gewährleistet die erfolgreiche Vorbereitung Ihrer Kapseluntersuchung.

#### Wichtig

- Markieren Sie ( ) nach Abschluss der einzelnen Schritte bitte das betreffende Kästchen.
- Füllen Sie bitte unbedingt die Verlaufstabellen in diesem Faltblatt aus.
- Bringen Sie dieses Faltblatt zur Untersuchung mit.
- Ziehen Sie sich bequem und zweiteilig an, am besten mit einem weiten Oberteil (Hemd oder Bluse).
- Wenn Sie möchten, bringen Sie etwas zu lesen mit .
  
- Nehmen Sie in der Vorbereitungsphase keine Eisenpräparate oder Vitaminpräparate mit Eisen ein.
- Wenn Sie zur Vorbeugung gegen Herzerkrankungen Antikoagulanzen (Marcumar®, Aspirin®, Iscover® usw.), Diabetesmedikamente oder Antibiotika einnehmen, fragen Sie bitte vorher Ihren Arzt.
- Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den unten genannten Ansprechpartner.

#### **Ansprechpartner für weitere Fragen:**

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Patientennummer:

Ort: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Am Tag vor der Untersuchung (Wochentag: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /200\_\_)

Uhrzeit	Maßnahme	?
Ganzer Tag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trinken Sie <u>ausschließlich klare Flüssigkeiten</u>. Siehe Beschreibung unten.</li> <li>• <b>Keine feste Nahrung.</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> .....
		<input type="checkbox"/> .....
18.00~21.00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trinken Sie drei Liter <i>Klean-Prep®</i>-Lösung: Alle 10 bis 15 Minuten ein Glas.</li> <li>• Halten Sie in der Verlaufstabelle fest, wann Sie mit dem Trinken beginnen und wann Sie fertig sind.</li> <li>• Halten Sie Ihren Stuhlgang in der Verlaufstabelle fest.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> .....

### Klare Flüssigkeiten

**Nicht erlaubt sind:**

- Milchprodukte
- Fruchtsäfte und farbstoffhaltige Getränke (z. B. Cola)
- Gemüsesäfte
- Kaffee mit Milch oder Sahne
- klare Brühe

**Erlaubt sind:**

- Wasser/Mineralwasser
- Tee
- Schwarzer Kaffee **ohne Milch und Sahne**
- Sprite, klarer Apfelsaft  
(am besten ohne Zuckerzusatz)

Trinken der <i>Klean-Prep®</i> -Lösung begonnen	Trinken der <i>Klean-Prep®</i> -Lösung beendet	Insgesamt getrunkene Menge <i>Klean-Prep®</i>
?	?	? Liter

### Verlaufstabelle (vom Patienten auszufüllen)

Schreiben Sie Stunden und Minuten auf. Beispiel: 19:35, 21:05

Nur Zeitpunkt des Stuhlgangs ab 18.00 Uhr			
1.	5.	9.	13.
2.	6.	10.	14.
3.	7.	11.	15.
4.	8.	12.	16.

Patientennummer:

Am Tag der Untersuchung (Wochentag: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_)

Uhrzeit	Maßnahme	?
<b>Ganzer Tag</b>	• Halten Sie in der folgenden Verlaufstabelle den Zeitpunkt des Stuhlgangs und <u>des Ausscheidens der Kamerakapsel</u> fest.	
<b>5.50 Uhr</b>	• Ankunft in _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>6.00–7.00 Uhr</b>	• Trinken Sie einen Liter <i>Klean-Prep®</i> -Lösung: alle 10 bis 15 Minuten ein Glas.	<input type="checkbox"/> _____
<b>7.45 Uhr</b>	• Nehmen Sie zwei Tabletten <i>Motilium</i> (insgesamt 20 mg <i>Domeperidone</i> ) mit einem Glas Wasser ein.	<input type="checkbox"/> _____
<b>8.00 Uhr</b>	• <u>Nehmen Sie die Kamerakapsel</u> mit einem Glas Wasser ein.	<input type="checkbox"/> _____
<b>10.00 Uhr</b>	• Trinken Sie die <i>Fleet-Phospho-Soda</i> -Lösung (45 ml). • Trinken Sie über die nächste Stunde verteilt mindestens einen Liter Wasser.	<input type="checkbox"/> _____
<b>14.00 Uhr</b>	• Trinken Sie die <i>Fleet-Phospho-Soda</i> -Lösung (30 ml). • Trinken Sie über die nächste Stunde verteilt mindestens einen Liter Wasser.	<input type="checkbox"/> _____
<b>15.00 Uhr</b>	• Nehmen Sie bei Bedarf nach den Angaben eine (ballaststoffarme) Zwischenmahlzeit zu sich.	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____
		Uhrzeit: _____

Trinken der <i>Klean-Prep®</i> -Lösung begonnen	Trinken der <i>Klean-Prep®</i> -Lösung beendet	Insgesamt getrunkene Menge <i>Klean-Prep®</i>
?	?	? Liter

**Verlaufstabelle (vom Patienten auszufüllen)**

Schreiben Sie Stunden und Minuten auf. Beispiel: 7:40, 10:35, 13:07

Nur Zeitpunkt des Stuhlgangs ab 06.00 Uhr			
<b>1.</b>	<b>5.</b>	<b>9.</b>	<b>15.</b>
<b>2.</b>	<b>6.</b>	<b>10.</b>	<b>16.</b>
<b>3.</b>	<b>7.</b>	<b>11.</b>	<b>17.</b>
<b>4.</b>	<b>8.</b>	<b>12.</b>	<b>18.</b>
<b>Ausscheiden der Kamerakapsel</b>		<b>13.</b>	<b>19.</b>
?		<b>14.</b>	<b>20.</b>

Patientennummer:

