

Für das Gespräch mit dem Anästhesisten bitten wir Sie folgende Fragen vorab zu beantworten:

(Bei Kinderanästhesien beziehen Sie sich bitte auf Ihr Kind.)

Ihre Telefonnummer: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J N
Wegen welcher Erkrankung(en):

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? J N

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schon mal operiert worden? J N

_____ Jahr Eingriff _____

_____ Jahr Eingriff _____

_____ Jahr Eingriff _____

Haben Sie bei der(n) Operation(en) eine Vollnarkose oder Regionalanästhesie erhalten? J N
Ergaben sich dabei Besonderheiten? Wenn ja, welche?

Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose? J N

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden? (Unterstreichen Sie bitte das Zutreffende.)

Herzerkrankungen: z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Defibrillator? J N

Bluthochdruck? J N

Gefäßerkrankungen: z.B. Krampfadern, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall? J N

Lungen- und Atemwegserkrankungen: z.B. Tuberkulose, Staublunge, Schlafapnoe, Lungenblähung (COPD), Asthma, chronische Bronchitis? J N

Leber- oder Gallenwegserkrankungen: z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung, Hepatitis? J N

Nierenerkrankungen: z.B. Nierenentzündung, Nierensteine? J N

Erkrankungen des Verdauungstraktes: z.B. Magen-, Darmerkrankung oder Sodbrennen? J N

Stoffwechselerkrankungen: z.B. Zuckerkrankheit (Diabetes)? J N

Schilddrüsenerkrankungen: z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion? J N

Augenerkrankungen: z.B. grüner Star, grauer Star? J N

Nerven- oder Gemütsleiden: z.B. Depressionen, Ängste, Epilepsie, Lähmungen? J N

Erkrankungen des Skelettsystems: z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Gelenkerkrankungen? J N

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen: z.B. Neigung zu Blutergüssen, häufiges Nasenbluten? J N

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen und/oder Muskelschwäche bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten? J N

Tragen Sie Zahnersatz: z.B. Kronen, Implantate, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen? J N
Haben Sie lockere Zähne?

Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten und/oder ansteckenden Erkrankung? Wenn ja, welche? J N

Allergien oder Unverträglichkeiten: z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Soja, Latex? J N

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? J N

Rauchen Sie regelmäßig? J N

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? J N

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Wenn ja, welche? J N

Nur für die Kinderanästhesie:

Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe, oder Pseudokrapp? J N

Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 2 Wochen geimpft? J N

Bitte fragen Sie...

...den Anästhesisten/die Anästhesistin nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert.

Bitte sagen Sie...

...dem Anästhesisten/der Anästhesistin in Ihrem eigenen Interesse, wenn Sie bzw. Ihr Kind in den letzten 6 Stunden vor dem Eingriff Speisen oder Getränke zu sich genommen haben oder Sie geraucht haben.

Folgende Operation ist geplant: _____

Der/die Anästhesist/in hat mit mir heute anhand meiner Antworten zu den Fragen auf dem Anamnesebogen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir bzw. meinem Kind vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art, dem Umfang und der Durchführung des Verfahrens, seinen Vor- und Nachteilen, nach etwaigen Nebeneingriffen und ergänzenden Behandlungsmaßnahmen (z.B. Infusionen, anästhesiologischen Nachbehandlungen) sowie nach den damit verbundenen speziellen Risiken.

Vermerk des Anästhesisten zum Aufklärungsgespräch: Der/die Patient/in wurde insbesondere aufgeklärt über:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnschäden | <input type="checkbox"/> Laryngo- / Bronchospastik | <input type="checkbox"/> Nervenverletzungen, Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen, Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Allergische Reaktion | <input type="checkbox"/> Augenverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Aspiration | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme am Operationstag | <input type="checkbox"/> Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Nüchternheitsgebot | <input type="checkbox"/> Blutergüsse und Infektionen | <input type="checkbox"/> Datenschutz |

Ich willige ein, dass die Anästhesie für die geplante Operation folgendermaßen durchgeführt wird:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> In Vollnarkose | <input type="checkbox"/> In Spinalanästhesie | <input type="checkbox"/> In Regionalanästhesie,
z.B. intravenöse Regionalanästhesie,
Peri- oder Paravertebralanästhesie evtl.
in Kombination mit weiteren Verfahren |
| <input type="checkbox"/> In Vollnarkose kombiniert mit
Regionalanästhesie
(z.B. N. femoralis Blockade) | <input type="checkbox"/> „Stand by“ und ggf. zusätzlicher Sedierung | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ich möchte eine Kopie dieses Fragebogens | |

Ich willige weiterhin in die vorbereitende und begleitende anästhesiologische Behandlung einschließlich der dazu erforderlichen Nebeneingriffe ein. Die gegebenen Hinweise habe ich verstanden. Mit medizinisch akut notwendigen Erweiterungen der anästhesiologischen Maßnahmen bin ich einverstanden.

Datum

Anästhesist/in

Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt es mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht, oder dass es im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Hinweis für ambulante Eingriffe:

Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Beendigung der Anästhesie nicht aktiv am Straßenverkehr – auch nicht als Fußgänger – teilnehmen dürfen. Lassen Sie sich deshalb nach der Entlassung von Angehörigen oder Begleitpersonen abholen. Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie – oder Ihr Kind – nach dem Eingriff bis zum nächsten Morgen unter Aufsicht einer erwachsenen Person sind. Wegen möglicher Nachwirkungen der Anästhesie dürfen Sie frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an Maschinen arbeiten, bedeutende Entscheidungen treffen oder Verträge unterschreiben.

Datenschutzhinweis:

Wir weisen darauf hin, dass Sie die Angaben auf diesem Fragebogen freiwillig machen. Das Verschweigen von Erkrankungen oder das wissentlich falsche Beantworten unserer Fragen kann dazu führen, dass Sie sich ungewollt einem deutlich erhöhten Anästhesierisiko aussetzen. Wir verarbeiten Ihre Daten nach den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Bei Fragen dazu sprechen Sie uns an oder informieren Sie sich auf unserer Webseite www.ap-holstein.de unter „Patienteninformation“.