

Anästhesie - Patienten-Fragebogen

- bitte füllen Sie den Fragebogen für sich bzw. Ihr Kind schon zu Hause sorgfältig aus -

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

- (1) Befinden Sie sich/befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?
Nein Ja

Welche Erkrankungen?

- (2) Besteht eine Schwangerschaft?
Nein Ja

- (3) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Nein Ja

Welche? _____

- (4) Frühere Operationen in Narkose:

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

- Ergaben sich bei der Narkose Besonderheiten?
Nein Ja

Welche? _____

- (5) Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen in Zusammenhang mit der Anästhesie?
Nein Ja

Welche? _____

- (6) Ergaben sich bei einer eventuellen Bluttransfusion Komplikationen?
Nein Ja

Ist Ihnen bekannt, ob Sie bzw. Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten leiden/leidet?

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

- (7) Herzerkrankungen, z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzrhythmusstörungen?

Nein Ja

- (8) Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, zu hoher oder niedriger Blutdruck?

Nein Ja

- (9) Wurde bei Ihnen ein Stent der Herzkranzgefäße eingesetzt?

Nein Ja

- (10) Lungen- oder Atemwegserkrankungen, z.B. chron. Bronchitis, Asthma, Staublunge, Tuberkulose?

Nein Ja

- (11) Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis (Gelbsucht), Leberverhärtung, Fettleber?

Nein Ja

- (12) Nierenerkrankungen, z.B. Nierenentzündung, Nierensteine?

Nein Ja

- (13) Stoffwechselerkrankungen, z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Laktoseintoleranz?

Nein Ja

- (14) Schilddrüsenerkrankungen, z.B. Kropf?

Nein Ja

- (15) Augenerkrankungen, z.B. grüner Star (Glaukom)?

Nein Ja

- (16) Nervenleiden, z.B. Epilepsie, Lähmungen?

Nein Ja

- (17) Werden Sie wegen Gemütsleiden (Depression) ärztlich behandelt?

Nein Ja

- (18) Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)?

Nein Ja

- (19) Allergien (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Pflaster, Medikamentenunverträglichkeit?)

Nein Ja

Welche? _____

- (20) Leiden Sie bzw. Ihr Kind an einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung (Muskelkrankungen, Rheuma, Sodbrennen)?

Nein Ja

Welche? _____

Anästhesie - Patienten-Fragebogen

(21) Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?
Nein Ja

(22) Haben Sie bzw. Ihr Kind lockere Zähne?
Nein Ja

(23) Rauchen Sie regelmäßig?
Nein Ja

Wieviel pro Tag? _____

Nichtraucher seit _____

(24) Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
Nein Ja

Wenn ja: was und wie viel? _____

(25) Nehmen Sie Drogen ein bzw. haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen?
Nein Ja

Welche? _____

(26) Sind Sie an bestimmte Medikamente gewöhnt (z.B. Schlaftabletten, Beruhigungsmittel, Abführmittel)?
Nein Ja

Welche? _____

(27) Sonstige Besonderheiten, z.B. Unfälle, nicht aufgeführte Vorerkrankungen, besondere berufliche Verhältnisse?

(28) Welchen Beruf üben Sie aus?

Ich habe noch die folgenden Fragen: _____

Betreuung postoperativ (ambulante OP)

(1) zu Hause

Ist die ständige Betreuung in dieser Zeit gewährleistet?

Ja Nein

Durch wen? _____

Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi leicht erreichbar?

Nein Ja

(2) Facharztzentrum Isar Park

Betreuung postoperativ (stationäre OP)

(1) Klinik am Isar Park Plattling

(2) Klinik und Hotel St. Wolfgang Bad Griesbach

Einwilligungserklärung

Die Anästhesieärztin/der Anästhesiearzt

_____ hat mit mir heute anhand der Ergebnisse der Voruntersuchung und meiner Antworten zu den vorstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir/meinem Kind vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art des Anästhesieverfahrens sowie seinen Vor- und Nachteilen. Alle offenen Fragen wurden zu meiner vollen Zufriedenheit geklärt.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige ein, dass die geplante Operation/Untersuchung:

_____ am:

in Narkose in Regionalanästhesie
in LA mit anästhesiologischem Stand by
durchgeführt wird.

Vermerk des Anästhesisten zum Aufklärungsgespräch:

Das Anästhesierisiko ist nicht / leicht / deutlich erhöht.

Datum _____

Anästhesist _____

Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Datum _____

Patient bzw. Sorgeberechtigter _____

Mir wurden das Patientenmerkblatt und eine Kopie der Anästhesie-Einwilligungserklärung ausgehändigt.

Datum _____

Patient bzw. Sorgeberechtigter _____