

Geplante Operation

Operateur

Narkosevorgespräch am

Operationstermin

Liebe Patientin, lieber Patient, bei Ihnen ist eine ambulante Operation mit Anaesthesie geplant. Um das für Sie günstigste Narkoseverfahren wählen zu können und unnötige Risiken auszuschließen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.: Beruf

Krankenversicherung Hausarzt.....

Zusatzversicherung Beihilfe

Alter Jahre Größe cm Gewicht kg

• Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte geben Sie auch Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Ovulationshemmer („Antibabypille“) und Hormone an! Ebenfalls Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Markumar)

.....

.....

.....

• Bei Frauen: Könnten Sie gegenwärtig schwanger sein? ja nein

• Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit schon einmal Operationen durchgeführt? ja nein

Welche? Wann ungefähr?

a)

b)

c)

d)

e)

• Haben Sie die Narkosen gut vertragen? Wenn nein, welche Besonderheiten traten auf?

.....

• Kam es bei Blutsverwandten von Ihnen zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Operation oder Narkose? ja nein

.....

• Sind erbliche Muskelschwäche oder Muskelerkrankungen bei Ihnen oder Blutsverwandten bekannt? ja nein

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörung)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Nerven- oder Gemütsleiden (z.B. Epilepsie, Lähmungen, Depressionen)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kreislaufferkrankung (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Augenerkrankungen (z.B. grüner Star, grauer Star)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gefäßerkrankung (z. B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Bluterkrankung/ Blutgerinnungsstörung (verlängertes Nachbluten bei Schnittverletzungen oder beim Zahnarzt)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Allergie (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente oder andere Substanzen)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Leiden Sie an anderen, noch nicht aufgeführten Erkrankungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lebererkrankung (z.B. Leberentzündung, Gelbsucht, Fettleber, Leberverhärtung)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Tragen Sie Zahnprothesen oder besitzen Sie lockere Zähne? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nierenerkrankung (z.B. Dialyse, Nierenentzündung, Nierensteine)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen Sie regelmäßig? (wieviel im Durchschnitt) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Bier, Wein, Spirituosen) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Schilddrüsenerkrankung (z.B. Kropf, Schilddrüsenüberfunktion)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |

Dokumentation des Aufklärungsgesprächs und Einwilligungserklärung:

Den beiliegenden Informations- und Aufklärungsbogen habe ich erhalten, zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich versichere, dass ich am Operationstermin seit 6 Stunden nichts gegessen oder getrunken haben werde. Ich bin darüber informiert, dass ich 24 Stunden im Anschluss an die Narkose weder als Fahrzeugführer, noch als unbegleiteter Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen darf. Eine durchgehende häusliche Betreuung ist gewährleistet. Meine Abholung im Anschluss an die Operation/Untersuchung sowie die häusliche Betreuung ist sichergestellt.

Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen zum geplanten Narkoseverfahren und den Alternativen dazu stellen. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Erörtert wurden u.a. : das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoe erhöhende Besonderheiten, sowie:

Ich bin mit dem geplanten Narkoseverfahren: einverstanden.

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine Unterlagen ausgehändigt bekommen. ja nein

Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Sorgeberechtigten)

Ärztin/Arzt