

Name \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

PIZ / Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Ihr Anästhesist Sorge ich während der Operation für Schmerzfreiheit und die Aufrechterhaltung Ihrer lebenswichtigen Funktionen (Atmung / Kreislauf). Nachfolgende Fragen beziehen sich auf bestimmte, zum Teil auf kleinere Risiken (Zahnschäden, Venenreizungen, Stimmstörungen, Übelkeiten). Schwere Zwischenfälle (Herz, Kreislauf, Atmung, Gehirn und Nervensystem) sind in der Anästhesie sowie bei der Vor-, Begleit- und Nachbehandlung sehr selten.

**Bitte beantworten Sie sorgfältig alle Fragen!**

Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun. Aufgrund Ihrer Antworten schlagen wir Ihnen das für Sie beste Verfahren vor. Bestimmte Eingriffe können statt in Narkose in Regionalanästhesie (Betäubung der Armnerven) durchgeführt werden. In der Regel belastet diese Art der Anästhesie den Organismus nur wenig. Entgegen der Befürchtungen mancher Patienten sind Nervenschäden bei Regionalanästhesie extrem selten.

**Beachten Sie bitte:** Mindestens sechs Stunden vor der Operation weder essen, rauchen und auch kein Kaugummi kauen. Bezüglich des Trinkens wird Ihnen der Anästhesist, abhängig vom Operationszeitpunkt mitteilen, bis wann Sie wässrige Lösungen (Wasser, Tee) vor der Operation trinken dürfen. Zahnprothesen und /oder Kontaktlinsen bitte herausnehmen. Verwenden Sie kein Make-up oder Nagellack, legen Sie Ringe und Ketten bitte ab.

Bis 24 Stunden nach der Narkose sind Sie nicht verkehrstüchtig. In dieser Zeit dürfen Sie keinen Alkohol trinken. Schlaf-/ Beruhigungs- oder Schmerzmittel dürfen nur nach Absprache mit Ihrem Anästhesisten eingenommen werden.

Beantworten Sie bitte sorgfältig alle nachfolgenden Fragen. Anschließend bzw. vor dem Eingriff wird der Narkosearzt mit Ihnen sprechen. Er wird all Ihre Fragen zu Narkose / Regionalanästhesie beantworten und Sie (falls erforderlich) bei der Beantwortung des Fragebogens unterstützen.

1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? JA  NEIN   
Wenn JA, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA  NEIN   
Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_
3. Wurden Sie schon einmal operiert? JA  NEIN   
Wenn JA, woran und in welchem Jahr? \_\_\_\_\_
4. Gab es durch die Narkose Probleme? JA  NEIN   
Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_
5. Sind Ihnen Narkosezwischenfälle bei Blutsverwandten bekannt? JA  NEIN
6. Leiden Sie an Kreislaufbeschwerden (hoher / niedriger Blutdruck)? JA  NEIN
7. Leiden Sie an Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Herzstolpern, Herzfehler)? JA  NEIN
8. Leiden Sie an Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Staublung, Lungenentzündung)? JA  NEIN
9. Leiden Sie an Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis)? JA  NEIN
10. Leiden Sie an Nervenerkrankungen (Krampfadern, Lähmungen)? JA  NEIN
11. Leiden Sie an Depressionen (Sonstige Nervenleiden)? JA  NEIN

12. Leiden Sie an Erkrankungen des Skelettsystems?  
(Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Muskelschwäche) JA  NEIN
13. Leiden Sie an Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen?  
(Häufige Blutergüsse, Nasenbluten) JA  NEIN
14. Leiden Sie an Allergien (Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel,  
Medikamente wie Penicillin, Kontrastmittel oder andere Substanzen)? JA  NEIN   
Wenn JA, gegen welche? \_\_\_\_\_
15. Leiden Sie an einer anderen, oben nicht erwähnten Krankheit (evtl. HIV)? JA  NEIN   
Wenn JA, an welcher? \_\_\_\_\_
16. Tragen Sie eine Zahnprothese, oder haben Sie lockere Zähne? JA  NEIN
17. Rauchen Sie? JA  NEIN   
Wenn JA, wie viel Zigaretten / Zigarren am Tag? \_\_\_\_\_
18. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA  NEIN   
Wenn JA, wie viel? \_\_\_\_\_
19. Nehmen Sie häufig Schlaf- und Beruhigungsmittel? JA  NEIN   
Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_
20. Nehmen Sie (regelmäßig) irgendwelche Drogen? JA  NEIN
21. Sind Sie schwanger? JA  NEIN
22. Ihr Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Sie dürfen die Praxis nach der Narkose / dem Eingriff verlassen. In den nächsten 24 Stunden ist Folgendes zu beachten:

- **Ihre Begleitperson** bringt Sie nach Hause und betreut Sie in den ersten Stunden.
- **Keinesfalls** dürfen Sie ein Fahrzeug lenken.
- Achten Sie auf **größte Vorsicht im Straßenverkehr**.
- Führen Sie **keine gefährlichen Arbeiten** aus.
- Trinken Sie **keinen Alkohol** in den nächsten 24 Stunden.
- Schmerz- und Beruhigungsmittel **nur nach ärztlicher Vorschrift** einnehmen.
- Fragen Sie im Zweifelsfall Ihren behandelnden Arzt.

*Als Kassen-Patient bringen Sie bitte Ihre Krankenkassen-Chipkarte am Behandlungstag mit. Als Privatpatient erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass Ihnen die Rechnung durch eine Abrechnungsgesellschaft zugesandt wird.*

### **Patientenerklärung zum Aufklärungsgespräch und Einwilligungserklärung**

Angeichts meiner Antworten hat der Anästhesist heute mit mir ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren geführt. All meine Fragen, insbesondere zur Art des Verfahrens, etwaigen Nebeneingriffen und möglichen Risiken wurden beantwortet. Ich habe das Merkblatt über Verhalten nach der ambulanten Anästhesie erhalten und sage dessen Einhaltung zu. Ich habe keine weiteren Fragen.

Hiermit willige ich in eine Narkose / Regionalanästhesie für folgenden Eingriff \_\_\_\_\_ ein.  
Ich bin mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterung des Anästhesieverlaufs einverstanden.

Anmerkungen / besondere Hinweise: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten, bzw. des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt