

**Entscheidungsbogen für die Art der Durchführung einer Operation
AMBULANT oder STATIONÄR**

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ / _____

Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____

Aufnahme am: _____

Diagnose: _____

Geplante Operation: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

viele Erkrankungen können möglicherweise auch ambulant operiert werden. Ob eine ambulante Operation in Ihrem Fall möglich ist, soll die Beantwortung der folgenden Fragen klären. Die Gesundheitsreformen und der enorme Kostendruck der auf dem Gesundheitssystem lastet veranlasst uns Sie noch intensiver als bisher zu beraten. Um mehr Zeit für Ihre eigentliche gesundheitliche Versorgung zu haben bitten wir Sie die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.

In welchem Stockwerk liegt Ihre Wohnung? ()

Ist ein Fahrstuhl vorhanden? () ja () nein

Ist ein Telefon in Ihrer Wohnung vorhanden? () ja () nein

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie **nach** der Operation erreichen?

_____ / _____

Ist sichergestellt, daß Sie im Notfall das Krankenhaus **jederzeit** in weniger als 15 Minuten erreichen könnten? () Ja () nein

Mit welchem Transportmittel würden Sie im Notfall zum Krankenhaus kommen?
() Eigener Pkw () Krankenwagen

Leben Sie allein? () ja () nein

Werden Sie nach der Behandlung durch einen Angehörigen 24 Stunden rund um die Uhr ausreichend überwacht und betreut? () ja () nein

Wie alt ist die oder der Angehörige? ()

Ist der Angehörige informiert und mit der Überwachung einverstanden? () ja () nein
(Im Fall einer ambulanten Operation sollte der Angehörige **durch uns** über Notfallmaßnahmen und Verhaltensregeln bei besonderen Vorkommnissen informiert werden)

Steht ein (professioneller) Pflegedienst rund um die Uhr zur Verfügung? () ja () nein

Leiden Sie noch an weiteren Erkrankungen? An welchen? (Bitte alle aufzählen)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? () ja () nein

Haben Sie in den letzten fünf Tagen Aspirin oder andere Schmerzmittel eingenommen?
() ja () nein

Wir möchten Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, daß Sie 5 Tage vor einer Operation keine Medikamente einnehmen dürfen, die die Blutgerinnung verändern, zum Beispiel Aspirin (ASS). Wenn Ihr Hausarzt die Einnahme von derartigen Medikamenten aber auch anderen Medikamenten verordnet hat, sprechen Sie uns bitte darauf an.

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Welche?

Sind Sie schon einmal ambulant operiert worden? () ja () nein

Gab es im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation Probleme? () ja () nein
Welcher Art? _____

War es erforderlich, Sie nach der ambulanten Operation stationär aufzunehmen?
() Ja () nein

Hat bei Ihnen eine Betäubung oder eine Schmerspritze schon einmal ja () nein ()
schlecht gewirkt?

Schätzen Sie sich eher als schmerzunempfindlich ein? ja () nein ()

Hatten Sie bei einer Operation schon einmal Kreislaufprobleme wie Schwindel oder Übelkeit, oder Herzrasen, "Schwarzwerden vor den Augen)? () ja () nein

Haben Sie große Angst vor der Operation? () ja () nein

Wünschen Sie eine stationäre Behandlung? () ja () nein

Wünschen Sie eine ambulante Behandlung? () ja () nein