

Fragebogen Vollnarkose

Bitte beantworten Sie unsere Fragen sorgfältig.

Der Anästhesist sorgt für die Schmerzfremheit während der Operation und für die Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (vor allem Atmung und Kreislauf).

Alle 29 Fragen beziehen sich auf bestimmte, zum Teil auch kleinere Risiken (z. B. Zahnschäden, Venenreizungen). Schwere Zwischenfälle (Herz, Kreislauf, Atmung, Gehirn und Nervensystem) sind in der Anästhesie sowie bei Vor- und Begleitbehandlungen selten.

Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun.

Auf Grund Ihrer Antworten schlagen wir Ihnen das für Sie günstigste Verfahren vor. Bestimmte Eingriffe können statt in Narkose in Regionalanästhesie durchgeführt werden. Sie belastet im allgemeinen den Organismus nur wenig. Schwere Nervenschäden sind entgegen den Befürchtungen mancher Patienten auch bei der rückenmarksnahen Regionalanästhesie extrem selten.

Bitte stellen Sie weitere Fragen im Rahmen unseres Aufklärungsgesprächs und unterschreiben Sie die Erklärungen am Schluß dieses Bogens erst in Gegenwart des Arztes.

Zuname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geschlecht: weiblich/männlich

Beruf: _____

Wohnsitz: _____

Kostenträger (Selbstzahler, Kasse): _____

Telefon: _____ / _____

Fax: _____ / _____

E-mail: _____ @ _____

Nächster Angehöriger: _____

Telefon: _____ / _____

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? () ja () nein () ich weiß es nicht

2. Wenn ja, wegen welcher Erkrankungen: _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit, oder haben Sie in den letzten 14 Tagen eingenommen? (Bitte auch Aspirin oder ähnliches nennen!)

4. Wurden Sie schon einmal operiert? () ja () nein () ich weiß es nicht

a) _____ im Jahre _____

b) _____ im Jahre _____

c) _____ im Jahre _____

d) _____ im Jahre _____

5. Haben Sie die Narkose gut vertragen?

ja nein ich weiß es nicht

a) Wenn nein, welche Beschwerden? _____

6. Wurde Ihnen schon einmal Blut übertragen?

ja nein ich weiß es nicht

a) Wann? _____

b) Haben Sie das Blut gut vertragen?

ja nein ich weiß es nicht

7. Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung)?

ja nein ich weiß es nicht

8. Kreislaufferkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot beim Treppensteigen)?

ja nein ich weiß es nicht

9. Gefäßkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose)?

ja nein ich weiß es nicht

10. Lungenerkrankungen (z. B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung)?

ja nein ich weiß es nicht

11. Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)?

ja nein ich weiß es nicht

12. Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht, Fettleber, Leberverhärtung)?

ja nein ich weiß es nicht

13. Nierenerkrankungen (z. B. Nierenentzündung, Nierensteine)?

ja nein ich weiß es nicht

14. Stoffwechselerkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

ja nein ich weiß es nicht

15. Schilddrüsenerkrankungen (z. B. Kropf)?

ja nein ich weiß es nicht

16. Augenerkrankungen (z. B. Grüner Star)?

ja nein ich weiß es nicht

17. Nervenleiden (z. B. Krampfleiden, Lähmungen)?

ja nein ich weiß es nicht

18. Gemütsleiden (z. B. Depressionen)?

ja nein ich weiß es nicht

19. Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Muskelschwäche)?

ja nein ich weiß es nicht

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

ja nein ich weiß es nicht

21. Allergien (z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente oder

andere Substanzen)?

ja nein ich weiß es nicht

22. Leiden Sie an einer anderen, oben nicht aufgeführten Erkrankung?

ja nein ich weiß es nicht

a) Welche? _____

23. Tragen Sie eine Zahnprothese oder besitzen Sie gelockerte Zähne?

ja nein ich weiß es nicht

24. Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten täglich?

ja nein ich weiß es nicht

Wenn nein, wieviel? _____

Seit wann nicht mehr? _____

25. Trinken Sie Alkohol?

nein selten regelmäßig geringe Mengen regelmäßig größere Mengen

a) Welche Art von Alkohol trinken Sie regelmäßig?

Wein Bier hochprozentige Getränke

26. Nehmen Sie häufig Schlafmittel oder Beruhigungsmittel ein?

ja nein ich weiß es nicht

a) Welche? _____

27. Wann wurde das letzte Mal die Lunge geröntgt? _____

28. Wann wurde das letzte EKG gemacht? _____

29. Wann wurde das letzte Mal eine Blutuntersuchung durchgeführt? _____

Erklärung des Patienten zum Aufklärungsgespräch

Herr/Frau Dr. _____

hat heute mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen, insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Nebeneingriffen, stellen. Ich habe keine weiteren Fragen.

Unterschrift des Arztes, der das Aufklärungsgespräch führt

Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch:

Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit in eine Narkose/Regionalanästhesie für folgenden Eingriff

sowie in die Sie vorbereitende und begleitende Behandlung (z. B. Infusionen, Bluttransfusionen, Behandlung der Herz- und Lungenfunktion) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung ein. Ich bin mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen des Anästhesieverlaufs einverstanden.

Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigten

Bochum, den _____

Ich erkläre meine Einwilligung in die Narkose/Regionalanästhesie für folgende weitere Eingriffe:

Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten

Bochum, den _____
