

## 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 \_\_\_\_\_

---