

Lieber Patient,

ihnen steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist/die Anästhesistin hat die Aufgabe, das am besten geeignete Anästhesieverfahren für Sie auszuwählen, durchzuführen und Sie gegebenenfalls für die erste Zeit nach der Narkose zu überwachen. Durch die sorgfältige Beantwortung der nachfolgenden Fragen vermitteln Sie uns ein Bild über ihren Gesundheitszustand und helfen uns, alles Erforderliche für ihre Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit dem uns erfahren Sie Ablauf, Techniken und Risiken einer Narkose. Fragen Sie uns nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert!

**Ihr Anästhesieteam Dr. med. Markus Full, Dr. med. Tobias Bohn, Dr. med. Maurice Pina, Dr. med. Tina Zerbe.**

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? ja  nein

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Gab es dabei Besonderheiten? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihren Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

1. Herzerkrankung (Herzfehler, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)? ja  nein

2. Kreislauferkrankungen (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? ja  nein

3. Gefäßkrankungen (Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall)? ja  nein

4. Lungen- und Atemwegserkrankungen (TBC, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chron. Bronchitis, Schlafapnoe)? ja  nein

5. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung, Hepatitis)? ja  nein

6. Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)? ja  nein

7. Erkrankungen des Verdauungstraktes (Sodbrennen, Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankung)? ja  nein

8. Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Schilddrüse)? ja  nein

9. Augenerkrankungen (grüner/grauer Star)? ja  nein

10. Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen)? ja  nein

11. Erbliche Muskelerkrankung oder Muskelschwäche, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu Maligner Hyperthermie? ja  nein

12. Gemütsleiden (Depressionen)? ja  nein

13. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)? ja  nein

14. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen auch bei Blutsverwandten (häufiges oder verlängertes Nasenbluten)? ja  nein

15. Chronische Infektionskrankheiten oder Krebserkrankung? ja  nein

16. Sind bei ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel, Latex)? ja  nein

17. Rauchen Sie? ja  nein

Wieviel? \_\_\_\_\_

18. Wie oft trinken Sie Alkohol? ja  nein

Wenn ja,  täglich  gelegentlich  selten

19. Nehmen Sie Drogen? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

20. Haben Sie schadhafte Zähne oder Zahnersatz? ja  nein

21. Sonstige Besonderheiten \_\_\_\_\_

22. Die Betreuung zu Hause ist sichergestellt durch \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anästhesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen - insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Verfahrensänderungen. Den Inhalt der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

**Verfahren:**  Vollnarkose  Plexusanästhesie

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich habe noch folgende Fragen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Hinweise für das Verhalten nach ambulanten Operationen (nicht Autofahren, häusliche Betreuung...) habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Kopie des Einwilligungsbogens wurde mir nach dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_