

ANÄSTHESIE
AUFKLÄRUNG UND FRAGEBOGEN
(Erwachsene & Jugendliche)

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
PLZ / Wohnort: _____
Straße / Nr.: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und Fragen ausfüllen.
Bringen Sie diese Basisinformation zum Gespräch mit dem Narkosearzt wieder mit!
Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für die Sicherheit Ihres Kindes zu tun!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und korrekt:
(bitte **vor** dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!)

1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Weswegen? _____
Haben Sie z.Zt. eine Erkältung oder Fieber? Ja Nein
2. Sind Sie schwanger? Ja Nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

4. Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein
Wann? / Woran? _____

5. Gab es dabei Besonderheiten? Ja Nein
Welche? _____
6. Wurden Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen? Ja Nein

- Kreislauf- und Gefäßerkrankungen Ja Nein
(z.B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern)
- Lungen und Atemwegserkrankungen Ja Nein
(z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenemphysem)
- Lebererkrankungen Ja Nein
(z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Leberverfettung, -verhärtung)
- Nierenerkrankungen Ja Nein
(z.B. Nieren-, Nierenbeckenentzündung, Nierensteine)
- Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)
- Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
(z.B. Kropf)
- Augenerkrankungen Ja Nein
(z.B. Grüner Star)
- Erkrankungen des Nervensystems/ Gemütsleiden Ja Nein
(z.B. Krampfleiden, Lähmungen, Schlaganfall, Depressionen)
- Erkrankungen des Skelettsystems Ja Nein
(z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)
- Muskelerkrankungen Ja Nein
(z.B. Muskelschwäche)

Besondere Fragen

7. Leiden oder litten Sie an akuten chronischen Erkrankungen?
Herzkrankungen Ja Nein
(z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappen-, Herzmuskerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)

Bluterkrankungen/
Blutgerinnungsstörungen
(z.B. häufiges Nasenbluten, auffällig
langes Bluten nach Verletzungen,
blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw.
nach leichter Berührung, Neigung zu
Blutergüssen)

Ja Nein

Angaben zu Besonderheiten:

Allergien Ja Nein
(z.B. Überempfindlichkeiten gegen
Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel,
oder andere Substanzen, Heuschnupfen)

Welche? _____

8. Leiden Sie an anderen Krankheiten, Ja Nein
die bisher nicht aufgeführt wurden?

Welche? _____

9. Haben Sie schadhafte Zähne Ja Nein
oder wackelt ein Zahn?

10. Haben Sie eine Zahnprothese? Ja Nein

Gewohnheiten:

11. Rauchen Sie regelmäßig? Ja Nein
Wie viele Zigaretten / Zigarren täglich?

12. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Welche Art von Alkohol trinken Sie regelmäßig?
 Bier Wein hochprozentige Getränke
Wieviel täglich?: _____

13. Nehmen Sie Schlaf- oder Ja Nein
Beruhigungsmittel ein?

14. Nehmen / Nahmen Sie Drogen? Ja Nein
Welche? _____

15. Durch wen ist in den ersten 12-24 Stunden eine ständige Betreuung gewährleistet?

Name, Alter

Aufenthalt, Ort, Straße, Tel. (wenn vom Wohnung abweichend)

Beim Aufklärungsgespräch:

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Das **Merkblatt** für ambulante Narkosen / Anästhesien habe ich erhalten und gelesen, die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten. die oben genannte Begleitperson habe ich über den Inhalt dieses **Merkblattes** informiert.

Vermerke des Anästhesisten (_____) zum Aufklärungsgespräch:
Erörtert wurden u.a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe sowie: _____

Einwilligungserklärung:

Nach **gründlicher Überlegung willige ich** hiermit für den Eingriff _____ **ein in:**

Masken- / Larynxmasken- / Intubations-Narkose

Spezielles Verfahren: _____

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden. Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Datum

Patientin / Patient / Sorgeberechtigter*

Kopie:

erwünscht und erhalten

nicht erwünscht

Ärztin / Arzt

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.