

Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Versichert: \_\_\_\_\_

### Fragen zur Anamnese (bitte fest durchschreiben)

Um die Anästhesie für Sie so sicher wie möglich durchzuführen, ist es erforderlich, dass wir alle hierfür wichtigen medizinischen Details über Sie kennen. Füllen Sie deshalb bitte die unten stehenden Fragen gewissenhaft aus, damit wir Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beurteilen und mögliche Risiken erkennen können!

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

für Frauen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahmen  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_

Komplikationen bei früheren Narkosen?  ja  nein

Narkosezwischenfälle bei Verwandten?  ja  nein

Haben Sie lockere Zähne?  ja  nein

Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein

wenn ja: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Leiden Sie an Allergien?  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen oder Ihrem Kind schon einmal Operationen durchgeführt?  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Muskelerkrankungen?  ja  nein

Herzkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Angina pectoris, Herzfehler, -entzündung, -schwäche, -rhythmusstörungen)

Kreislauf- und Gefäßkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Durchblutungsstörungen., Krampfadern, Thrombose, hoher/niedriger Blutdruck)

Lungen- und Atemwegserkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Tuberkulose, Lungenentzündung, -blähung, Asthma, chronische Bronchitis)

Leber- oder Nierenerkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Gelbsucht, Leberverhärtung, -verfettung, Nierenentzündung, Nierensteine)

Stoffwechselerkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Zuckerkrankheit, Rheuma, Gicht, Fettstoffwechselstörungen)

Magen-/Darmerkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Sodbrennen, Magengeschwüre, Engstellen)

Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Kropf, Über-, Unterfunktion)

Augenerkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: grüner Star)

Nervenleiden, Gemütsleiden?  ja  nein  
(z.B.: Epilepsie, Lähmungen, Depressionen )

Bluterkrankungen?  ja  nein  
(z.B.: Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)

nicht aufgeführte Erkrankungen?  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_

## ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

- allgemeine Risiken: Infektion, Allergie, Hämatom, paravenöse Injektion, Nervenläsion, Herz-, Kreislauf-, Lungenkomplikationen.
- Allgemeinanästhesie: Aspiration, Zahnschäden, Awareness, Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Stimmbandschäden, MH.
- Regionalanästhesie: Infektion, Hämatom, Nervenläsion, HRST, Krampfanfall
- \_\_\_\_\_

vereinbartes Verfahren: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

### Einwilligungserklärung Herr/Frau Dr.

Martini  Bokun  Lojewski  .....

Röttger  Ernst  .....  .....

hat mich heute über das vorgesehene Anästhesieverfahren sowie eventuell erforderlich werdende Erweiterungen in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des vorgeschlagenen Betäubungsverfahrens, über die in meinem Fall bestehenden speziellen Risiken und damit verbundenen möglichen Komplikationen sowie über Begleitmaßnahmen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Anästhesie für die geplante Operation/Untersuchung ein. Mit einer eventuell notwendigen Änderung des Verfahrens bin ich einverstanden.

Ich bestätige den vorliegenden Aufklärungsbogen aufmerksam gelesen und nach Beantwortung meiner Fragen auch verstanden zu haben. Die Antworten auf die medizinischen Fragen habe ich nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Die empfohlenen Verhaltensregeln werde ich einhalten.

Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine medizinisch erforderliche Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen.

Die Hinweise zu ambulanten Eingriffen habe ich zur Kenntnis genommen und versichere sie einhalten zu können. Bei auftretenden Gesundheitsstörungen werde ich sofort einen Arzt konsultieren und den Anästhesisten unter der umseitig genannten Telefonnummer informieren.

Im Falle der Einwilligung nur eines(r) Sorgeberechtigten versichert diese(r) im Einvernehmen mit weiteren Sorgeberechtigten zu handeln.

**Ich willige ein, dass die geplante (lt. OP-Einwilligung) OP/Unters. in o.g. Anästhesieverfahren durchgeführt wird. Etwaige OP-Plan-Änderungen sowie Arzt-Vertretungen sind in Ausnahmefällen möglich. Eine Durchschrift dieses Dokumentes habe ich erhalten.**

Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/  
Sorgeberechtigten/Betruers