

# Anästhesie

## Patientenfragebogen und Einverständniserklärung

Name des Patienten _____		Name des Versicherten _____	
Straße _____		PLZ, Ort _____	
Krankenkasse _____		Telefon _____	
geb. _____	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg	Beruf _____

Befanden Sie (Ihr Kind) sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung ? _____ ja/nein	Besteht eine Schwangerschaft? _____ ja/nein
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung ? _____ ja/nein	Wurden bisher Operationen in Narkose durchgeführt ? _____ ja/nein
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? _____	Kam es bei Ihnen (Ihrem Kind) bzw. Blutsverwandten zu Zwischenfällen bei der Anästhesie? _____ ja/nein

### Ist Ihnen bekannt, ob Sie (Ihr Kind) an einer der folgenden Krankheiten leiden bzw. litten ?

Muskelerkrankung oder Muskelschwäche ? _____ ja/nein	Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen) ? _____ ja/nein
Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler) ? _____ ja/nein	Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten) ? _____ ja/nein
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörung, Bluthochdruck) ? _____ ja/nein	Allergien bzw. Überempfindlichkeiten gegen Medikamente ? _____ ja/nein
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (Asthma, Staublunge, chron. Bronchitis) ? _____ ja/nein	Besteht eine ansteckende Erkrankung (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV) ? _____ ja/nein
Lebererkrankungen (Einschränkung der Leberfunktion, Gelbsucht) ? _____ ja/nein	Tragen Sie Zahnersatz (z.B. nichtfestsetzende Prothesen), haben Sie lockere Zähne ? _____ ja/nein
Nierenerkrankungen (z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, Nierenentzündung) ? _____ ja/nein	Rauchen Sie regelmäßig ? _____ pro Tag _____ ja/nein
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckererkrankung, Funktionsstörungen der Schilddrüse) ? _____ ja/nein	Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? _____ ja/nein
Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Lähmungen) ? _____ ja/nein	Sonstige Besonderheiten ? (z.B. Unfälle, nicht aufgeführte Vorerkrankungen, besondere berufliche Verhältnisse) ? _____
Werden Sie wegen Gemütsleiden (z.B. Depression) ärztlich behandelt ? _____ ja/nein	_____

### Einwilligungserklärung

Der Anästhesiearzt, Herr Dr. Heinen, hat mit mir heute anhand der Ergebnisse der Voruntersuchung und meiner Antworten zu den vorstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art des Verfahrens, seinen Vor- und Nachteilen, nach etwaigen Nebeneingriffen und ergänzenden Behandlungsmaßnahmen (z.B. postoperative Schmerztherapie) sowie nach den damit verbundenen speziellen Risiken. Den Inhalt des Merkblattes „Patienteninformation für die ambulante Anästhesie“ habe ich zur Kenntnis genommen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich versichere, daß **ich zum Zeitpunkt des Narkosebeginns mindestens seit sechs Stunden nüchtern bin**. Ich wurde darauf hingewiesen, daß **ich über einen Zeitraum von 24 Stunden nach der Narkose nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf**.

**Ich willige ein, dass die geplante Operation:** \_\_\_\_\_

**in Allgemeinanästhesie  in Regionalanästhesie  ausgeführt wird.**

**Mit der digitalen Verarbeitung und ggf. Weitergabe meiner Krankenversicherungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung zur Leistungsabrechnung bin ich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anästhesist