

Telefon:                    /                    Körpergewicht:            kg    Geschlecht: w / m                    OP-Tag:  
 Handy:                    Körpergröße:              cm    Narkoseort:                    OP:  
 Beruf/Schule:            Hausarzt:                    Operateur:                    Uhrzeit:                    OP-Länge:                    Min.

**Vor- und Begleiterkrankungen, sowie Allgemeinzustand und Lebensgewohnheiten sind für uns wichtige Informationen, die uns helfen Ihr persönliches Risiko und Ihre Belastungsfähigkeit bezüglich der Anästhesie einzuschätzen. Füllen Sie den folgenden Fragebogen deshalb sorgfältig aus. In der Spalte „sonstige Besonderheiten“ weisen Sie bitte auf Umstände hin, die Ihnen wesentlich erscheinen.**

1. Waren Sie (Ihr Kind) in den letzten 2 Wochen krank oder befanden Sie (Ihr Kind) sich im letzten Monat in ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, welche Erkrankung ? Welche ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2. Wurden Sie oder Ihr Kind in den letzten 3 Monaten geimpft, wogegen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3. Sind Sie schwanger ? Welcher Schwangerschaftsmonat ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Nehmen Sie (Ihr Kind) regel- od. unregelmäßig Medikamente ein ? z.B.: Herz-,Blutdruck-,Blutzucker-, Durchblutungs-, Blutverdünnungs- Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- oder Abführmittel, Pille etc.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5. Frühere Operationen? Wenn ja, welche? Wann? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Jahr</span> <span>Jahr</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Jahr</span> <span>Jahr</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Jahr</span> <span>Jahr</span> </div>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6. Ergaben sich bei der Anästhesie (Betäubung) irgendwelche Besonderheiten? z.B. Erbrechen, Halsschmerzen, Komplikationen? Welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Sind Ihnen, bei Verwandten irgendwelche Narkosezwischenfälle bekannt ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8. Haben Sie (Ihr Kind) schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? Warum?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Sind bei Ihnen (Ihrem Kind) eine der folgenden Erkrankungen bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. Muskelerkrankung oder -lähmung ? ( z.B. Multiple Sklerose, Muskeldystrophie )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Herzerkrankungen (z.B. Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzrasen, Rhythmusstörungen, Infarkt, oder Angina Pectoris )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wurde bei Ihnen schon eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ermüden Sie ( Ihr Kind ) schneller als Gleichaltrige?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen ? (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Schwindel, Durchblutungsstörung, Krampfadern )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
12. Lungen- und Bronchialerkrankungen? ( z. B. Atemnot beim Treppensteigen, chronische Bronchitis, Asthma, Raucherhusten, Krupp-, Pseudokrupp-Anfall, Emphysem, Tuberkulose, Lungentumor, Krebserkrankung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
13. Lebererkrankungen? (z. B. Gelbsucht /Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose, Lebertumor)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
14. Nierenerkrankungen? ( z. B. Entzündung, Steine, Nierentumor, Dialyse )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Diabetes mellitus? ( Zuckerkrankheit ) Seit wann?                    Insulinpflichtig ? Wie viele Einheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16. Schilddrüsenerkrankungen ? ( z.B. Kropf )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17. Nervenerkrankungen ? (z. B. Bandscheibenvorfall mit/ohne Lähmung, Migräne, Epilepsie, Fieberkrampf, Gehirnerkrankung, Lähmungen, Depressionen )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18. Bluterkrankungen? ( z. B. häufige Blutergüsse, Nachblutungen nach Operationen oder Zahnbehandlungen, Blutgerinnungsstörung, Leukämie, Blutarmut)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
19. Wirbelsäulenbeschwerden? Hals-, Brust-, Lendenbereich, Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
20. Weitere - auch frühere – oben nicht aufgeführte Erkrankungen. Welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
21. Allergien? ( z.B. Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Metalle, Gummi, Latex, Pflaster- bzw. Medikamenten-unverträglichkeiten , Antibiotika/Penicillin, Aspirin, Schmerzmedikamente, Hausstaub, Pollen, Soja, Eiweiß)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
22. Zahnprothesen, entfernbare Zahnteile, lockere Zähne oder Kronen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
23. Rauchen oder rauchten Sie früher regelmäßig? Was? Wie viel in 24 Std?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
24. Konsumieren oder konsumierten Sie früher regelmäßig Alkohol? Wie viel in 24 Std.?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
25. Tragen Sie Piercing (Wo?) , Schmuck , Kontaktlinsen, Brille?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
26. Konsumieren oder konsumierten Sie früher Drogen? Was? In welcher Form? Wie oft? Wie viel in 24 Std.?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
27. Sonstige Besonderheiten ? Liegt ein HIV-Testergebnis vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

<b>Bitte nur ausfüllen bei Privatversicherung oder Patienten, die Privatleistung angefordert haben!!</b>		
<b>Rechnungsempfänger:</b>		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Postleitzahl:	Wohnort:
Telefonnummer:	Handy:	

### Einwilligungserklärung:

Die Anästhesistin/der Anästhesist, Frau/ Herr \_\_\_\_\_ hat heute anhand meiner Angaben und der Voruntersuchungen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir ( meinem Kind ) vorgesehene Betäubungsverfahren geführt. Die Aufklärung habe ich verstanden, außerdem wurden alle mich interessierenden Fragen ausführlich beantwortet. Über Art, Vor- und Nachteile des Verfahrens, etwaige Nebeneingriffe und ergänzenden Behandlungsmaßnahmen (Infusionen, anästhesiologische Nachbetreuung) wurde ich ausführlich unterrichtet. Spezielle Risiken wie Kehlkopfirritationen, Zahnschäden, Kreislaufprobleme, allergische Reaktionen, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Nervenschäden, Harnverhalt, Infektionen und Blutergüsse wurden besprochen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich bin damit einverstanden, daß die geplante Operation \_\_\_\_\_ in

Vollnarkose  Regionalanästhesie  durchgeführt wird.

Mit medizinisch erforderlichen Änderungen, wie z.B. die postoperative Überwachung im Krankenhaus, eventuelle Erweiterungen der Anästhesie und den damit verbundenen Risiken bin ich einverstanden. Den Aufklärungsbogen habe ich aufmerksam durchgelesen und ich habe die Hinweise zu Nüchternheit, Verhalten nach der Operation - speziell zu 24 stündiger Straßenverkehrsuntüchtigkeit - zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich würde auch meine Zustimmung zu dem vereinbarten Narkoseverfahren nicht verweigert haben, wenn ich 24 Stunden vor dem Eingriff über den Sachverhalt bzw. die Risiken einer Narkose aufgeklärt worden wäre.

Ich habe als nicht Alleinerziehungsberechtigter alle weiteren Erziehungsberechtigten über das geplante Narkoseverfahren informiert und bin berechtigt in deren Namen zu zustimmen.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Patientendaten zur Privatliquidation(BFS health finance GmbH Tel:0231/94 53 62 600) einverstanden.

Ich bin informiert, dass für ein ambulantes Narkoseverfahren auch Vorhaltekosten entstehen, die von mir pauschal mit 50 € zu bezahlen sind, wenn ich den geplanten Eingriff ohne triftigen Grund verpasse oder nicht rechtzeitig absage.

Bemerkungen zur Aufklärung:

Datum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift : Patient, der Eltern, der Erziehungsberechtigten, des Betreuers