

ANAMNESEFRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Lieber Patient,
Ihnen steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist hat die Aufgabe, das für Sie am besten geeignete Anästhesieverfahren vorzubereiten, durchzuführen und Sie in der unmittelbaren Zeit nach der Narkose zu überwachen. Der Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (Atmung, Herz, Kreislauf) kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Durch sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen vermitteln Sie ihm ein Bild über Ihren Gesundheitszustand und helfen ihm, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit dem Anästhesisten erfahren Sie, was mit Ihnen während der Narkose geschieht, wie die Narkose eingeleitet wird, wie Sie überwacht werden und welche Risiken auf Sie zukommen.

Fragen Sie den Anästhesisten nach allem, was Sie in Zusammenhang mit der Narkose interessiert.

Name: _____
Geb.-Datum: _____
Alter: _____ Gewicht: _____ Größe: _____
Beruf: _____
Wohnort: _____
Str./Nr.: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____
evtl. Zusatzvers.: _____
Hausarzt: _____
Operierender Arzt: _____

EINWILLIGUNGSFORMULAR FÜR ERWACHSENE

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

Ich habe keine weiteren Fragen.
 Ich habe noch folgende Fragen: _____

Bemerkungen des Arztes zum Aufklärungsgespräch:

Datum: _____

Unterschrift
des Arztes: _____

Unterschrift
des Patienten: _____

Kam es bei Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit Narkosen? ja nein
Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein
Was/Wann? _____
Gab es dabei Besonderheiten? ja nein
Welche? _____

Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wegen welcher Erkrankungen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche? Bitte ALLE angeben. _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

1. Muskelerkrankung oder Muskelschwäche? ja nein
2. Herzerkrankung (Herzinfarkt, KHK, Herzfehler, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)? ja nein
3. Kreislauferkrankung (zu hoher Blutdruck / AHT, zu niedriger Blutdruck)? ja nein
4. Gefäßerkrankung (Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose)? ja nein
5. Lungen- und Atemwegserkrankung (chronische Bronchitis / COPD, Asthma, Lungenblähung, Lungenentzündung, TBC)? ja nein
6. Lebererkrankung (Gelbsucht, Leberverhärtung)? ja nein
7. Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz, Dialyse)? ja nein
8. Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit, Schilddrüsenüberfunktion, -unterfunktion)? ja nein
9. Augenerkrankung (erhöhter Augeninnendruck)? ja nein
10. Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen)? ja nein
11. Gemütsleiden (Depressionen)? ja nein
12. Erkrankung des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)? ja nein
13. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung (verlängerte Blutungszeit, häufige Blutergüsse)? ja nein
14. Allergien (Heuschnupfen, Überempfindlichkeiten gegen Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel)? Welche? _____ ja nein
15. Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, HIV, MRSA)? Welche? _____ ja nein

Rauchen Sie? ja nein
Wieviele Zigaretten/Zigarren täglich? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
Welchen? _____ Wie oft? _____
Nehmen Sie Drogen? ja nein
Welche? _____ Wie oft? _____
Haben Sie schadhafte Zähne? Zahnprothesen? ja nein
Leiden Sie an einer anderen hier nicht aufgeführten Erkrankung oder Behinderung? ja nein
Welche? _____