

Anamnese-/Einwilligungsbogen für Erwachsene

Lieber Patient,

Ihnen steht eine ambulante Operation bevor. Der Anästhesist hat die Aufgabe, das günstigste Anästhesieverfahren für Sie auszuwählen, durchzuführen und die erste Zeit nach der Narkose Sie zu überwachen. Der Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Organfunktionen (Atmung, Herz, Kreislauf) kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Durch die sorgfältige Beantwortung der nachfolgenden Fragen vermitteln Sie uns ein Bild über Ihren Gesundheitszustand und helfen uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun. Im Gespräch mit dem Anästhesisten erfahren Sie den Ablauf der Narkose, Überwachung und Risiken einer Narkose.

Fragen Sie uns nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert.

Ihr Anästhesieteam Drs. Steinbach-Jaugsch-Goldmann-Tatar-Stubbe-Schön-Steiner

Name _____
Geb.-Datum _____
Straße/Haus-Nr. _____
Wohnort _____
Telefon _____
Beruf _____
Krankenkasse _____
Hausarzt _____
Operierender Arzt _____

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein
Was? _____ Wann? _____

Gab es dabei Besonderheiten? Ja nein
Welche? _____

Gab es bei Ihren Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose? ja nein
Welche? _____

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung Wegen welcher Erkrankung? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

1. Erbliche Muskelerkrankung oder Muskelschwäche, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu Maligner Hyperthermie? ja nein

2. Herzerkrankung (Herzfehler, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)? ja nein

3. Kreislaferkrankungen (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? ja nein

4. Gefäßerkrankungen (Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall)? ja nein

5. Lungen- und Atemwegserkrankungen (TBC, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chron. Bronchitis, Schlafapnoe)? ja nein

6. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung, Hepatitis)? ja nein

7. Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)? ja nein

8. Erkrankungen des Verdauungstraktes (Sodbrennen, Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankung)? ja nein

9. Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Schilddrüse)? ja nein

10. Augenerkrankungen (grüner/grauer Star)? ja nein

11. Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen)? ja nein

12. Gemütsleiden (Depressionen)? ja nein

13. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)? ja nein

14. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (häufiges oder verlängertes Nasenbluten)? ja nein

15. Chron. Infektionskrankheiten oder Krebserkrankung ja nein

16. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel, Latex)? ja nein

17. Rauchen Sie? ja nein

18. Wie oft trinken Sie Alkohol?
 täglich gelegentlich selten oder nie

19. Nehmen Sie Drogen? ja nein

20. Haben Sie schadhafte Zähne oder einen Zahnersatz? ja nein

21. Sonstige Besonderheiten _____

22. Die Betreuung zu Hause ist sichergestellt durch _____

Einwilligungserklärung

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

Die Durchsicht des Einwilligungsbogens wurde mir unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch ausgehändigt.

Unterschrift des Patienten _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die Anästhesisten der obigen Gemeinschaftspraxis von der Schweigepflicht hinsichtlich der Weitergabe behandlungsrelevanter Patientendaten des o.g. Behandlungsfalles an die mitbehandelnden Ärzte.

Unterschrift des Patienten _____