

Bitte lesen Sie die Ihnen ausgehändigten **drei Blätter** sorgfältig durch, damit Sie ebenso wie ich den bei Ihnen geplanten ambulanten Eingriff gut vorbereiten kann.

- 1. Meine Information zur ambulanten Anästhesie
- 2. Diesen **Fragebogen** zur Vorbereitung auf eine ambulante Anästhesie für Erwachsene
- 3. Einverständniserklärung

Vorgesehener Eingriff :

Operateur: OP-Termin: um Uhr

- Vorgesehenes Anästhesieverfahren:
- Allgemeinanästhesie (Narkose)
 - Regionalanästhesie (Betäubung einer Körperregion)
 -

Patienten-Fragebogen für ambulante Anästhesien

bitte sorgfältig ausfüllen und am Operationstag bereithalten

Meine Fragen zur Klärung Ihres Gesundheitszustandes :

Mit diesen Fragen will ich mögliche Risiken erfassen und damit ein Höchstmaß für Ihre Sicherheit erreichen. Es sind deswegen so viele Fragen, weil ich auch seltene und verhältnismäßig geringfügige Risiken (z.B. Zahnschäden bei der Intubation oder Stimmstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Venenreizung) vorbeugen will. Bitte weisen Sie auch in der Spalte „Sonstige Besonderheiten“ auf Umstände hin, die Ihnen wesentlich erscheinen. Wenn Sie Hilfe bei der Beantwortung der Fragen brauchen, sagen Sie es mir. Gerne beantworte ich Ihre Fragen. Gemäß den Datenschutzbestimmungen sind Ihre **Angaben freiwillig**. Ich weise aber auch darauf hin, dass Ihre Angaben die Grundlage meiner Anästhesieplanung und -durchführung sind. Falsche oder unvollständige Angaben können daher die Sicherheit der Anästhesieleistung für Sie gefährden.

Alter : Jahre Körpergröße : cm Gewicht : kg

Ja / Nein

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung ? /
Wegen welcher Erkrankung ?
2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? /
Welche?
3. Frühere Operationen / Anästhesien (zum Beispiel: „im Jahre 2005 Leistenbruch-OP“, o.ä.) :
im Jahre im Jahre
im Jahre im Jahre
im Jahre im Jahre
4. Ergaben sich bei der Operation oder beim Anästhesieverfahren Besonderheiten ? /
Welche?.....
Hatten Blutsverwandte Probleme im Zusammenhang mit einer Narkose ? /.....
5. Sind bei Ihnen Muskelerkrankungen und Muskelschwäche bekannt ? /.....
Oder bei Ihren Blutsverwandten (z.B. Eltern, Kindern, Geschwistern) ? /.....

→ bitte auch die **Rückseite** ausfüllen !

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Ja / Nein

6. Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzgefäß-Stent-Einlage, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen) ? /.....
7. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck) ? /.....
8. Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, chronische Bronchitis, Staublunge, Emphysem, Asthma) ? /.....
9. Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Leberentzündung) ? /.....
10. Nierenerkrankungen (z.B. Entzündungen, Steinleiden) ? /.....
11. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker, Gicht, Fruchtzuckerunverträglichkeit) ? /.....
12. Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion) ? /.....
13. Augenerkrankungen (z.B. grüner Star, tragen Sie Kontaktlinsen) ? /.....
14. Nervenleiden (z.B. Anfälle, Lähmungen) ? /.....
15. Gemütsleiden (z.B. Depressionen, Medikamenteneinnahme) ? /.....
16. Erkrankungen der Knochen und Gelenke (z.B. Wirbelsäulenschäden, Hüftsteife) ? /.....
17. Blutungsneigung bei Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ? /.....
 Komplikationen bei früheren Blutübertragungen ? /.....
 Einnahme von „blutverdünnenden“ Medikamenten (ASS , Marcumar , Clopidogrel) /.....
18. Beeinträchtigen Sie Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Pflaster, Modeschmuck, Heuschnupfen, Medikamente) ? /.....
 Allergie gegen (bitte Allergiepass vorlegen) :
19. Leiden Sie an anderen Erkrankungen, die hier nicht aufgeführt sind ? /.....

20. Besteht eine Schwangerschaft ? Errechneter Entbindungstermin: /.....
21. Tragen Sie Zahnersatz (z.B. nicht festsitzende Prothesen, Zahnbrücken) ? /.....
 Nicht festsitzender Zahnersatz wie Teil- oder Vollprothesen müssen bei einer Allgemeinanästhesie herausgenommen werden. Ebenso Körperschmuck wie Piercing.
 Haben Sie locker sitzende Zähne ? /.....
22. Rauchen Sie regelmäßig ? Bitte beachten Sie die erforderliche PAUSE vor dem Eingriff. /.....
23. Sonstige Besonderheiten (z.B. Unfälle, berufliche oder familiäre Besonderheiten) ?

24. Was mir noch wichtig ist:
25. Bei mir zu Hause ist gewährleistet, dass ich am Tag des ambulanten Eingriffes **nicht alleine** bin. Ich bin zu Hause auch in der Lage, mich **telefonisch** mit dem Operateur und dem Narkosearzt in Verbindung zu setzen. /.....
26. Ich bin **am Operationstag telefonisch erreichbar** unter der **Telefon-Nr.:**
27. Ein Exemplar dieses Fragebogens **will ich nicht** ausgehändigt bekommen. /.....

Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Handzeichen MA: