

Name des Patienten:

Fragen zur Anamnese

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft aus
Erteilen Sie Ihre Einwilligung erst, wenn alle Ihre Frage beantwortet sind und Sie keine Bedenkenzeit mehr benötigen

Sollten Sie mit bestimmten Maßnahmen nicht einverstanden sein, vermerken Sie dies deutlich

Alter: Geschlecht: weiblich männlich

Größe (cm): Gewicht (kg):

Ausgeübter Beruf:

1. Waren Sie kürzlich in ärztlicher Behandlung?
 ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

2. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

3. Wurden Sie bereits operiert?
 ja nein

Wenn ja, weshalb und wann?

4. Haben Sie Narkosen und Betäubungsmittel gut vertragen?
 ja nein

Wenn nein, welche Beschwerden hatten Sie?

5. Gab es Besonderheiten bei der Betäubung von Blutsverwandten?
 ja nein

Wenn ja, welche?

Litten oder leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

1. Muskelerkrankungen und Muskelschwäche?
 ja nein
2. Herzerkrankungen (wie z. B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler)?
 ja nein
3. Kreislaufkrankungen (wie z. B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Thrombosen, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?
 ja nein
4. Erkrankungen der Lunge und der Atemwege (wie z. B. Asthma, chron. Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenblähung)?
 ja nein
5. Lebererkrankungen (wie z.B. Gelbsucht)?
 ja nein
6. Nierenerkrankungen (wie z. B. Nierensteine oder -entzündungen)?
 ja nein
7. Stoffwechselkrankheiten (wie z. B. Diabetes, Gicht)?
 ja nein
8. Schilddrüsenfehlfunktion (wie z. B. Kropf)?
 ja nein
9. Augenkrankheiten (wie z. B. grüner Star)?
 ja nein
10. Nervenleiden (wie z.B. Epilepsie, Lähmungen)?
 ja nein
11. Gemütsleiden (wie z. B. Depressionen)?
 ja nein
12. Erkrankungen des Skelettsystems (wie z. B. Rheuma, Wirbelsäulenschäden)?
 ja nein
13. Bluterkrankungen oder Gerinnungsstörungen (wie z. B. längeres Bluten bei Schnittverletzungen, Neigung zum Nasenbluten)?
 ja nein
14. Erkrankungen der Verdauungsorgane (wie z. B. Magenerkrankungen)?
 ja nein

15. Allergien (wie z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Jod, Pflaster, Latex)?

ja nein

Wenn ja, welche?

16. Leiden Sie an sonstigen nicht aufgeführten Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, welche?

17. Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?

ja nein

18. Haben Sie Zahnerkrankungen oder lockere Zähne?

ja nein

19. Rauchen Sie regelmäßig?

ja nein

Wenn ja, wieviel am Tag? _____

20. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

21. Für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

22. Sonstige Besonderheiten:

Einwilligungserklärung

Frau Dr. Müller-Brodel hat mit mir im **Rahmen des Aufklärungsgesprächs** anhand der Voruntersuchungen und meiner Antworten das vorgesehene Anaesthesieverfahren erörtert, mich über Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden in Kenntnis gesetzt und mich über Besonderheiten und Risiken informiert insbesondere über Neben- und Folgeeingriffe wie z.B. Infusionen und anaesthesiologische Nachbehandlungen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend informiert und habe das Informationsblatt erhalten und gelesen

Ich habe folgende weitere Fragen:

Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet

Ich willige hiermit in eine Narkose/Regionalanaesthesie für folgenden Eingriff _____ sowie in die vorbereitende und begleitende Behandlung (z.B. Infusionen, Herz- und Lungenfunktion) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung ein. Ich bin mit medizinisch notwendigen Änderungen und Erweiterungen des Anaesthesieverfahrens einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Anaesthesisten

Ich bin einverstanden, daß **folgender weiterer Eingriff** _____

in _____ erfolgt.

Unterschrift d. Patienten