

P

SZ

BG

Stat.

E


ANAESTHESIERING
 AMBULANTE NARKOSEN

 Überörtliche
 Berufsausübungsgemeinschaft
 für Anaesthesiologie

 Steeler Straße 107
 45884 Gelsenkirchen
 Telefon: 02 09 / 73 08 62 00
 info@anaesthesiering.de
 www.anaesthesiering.de

Fragebogen zur Allgemeinanästhesie bei Erwachsenen

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen:

J = ja N = nein ? = weiß nicht

 Name: _____ Alter: _____ Jahre
 Vorname: _____ Größe: _____ cm
 Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg

 Geschlecht: weiblich ☐ Beruf: _____
 männlich ☐ Operateur/in: _____
 divers ☐ Pat.Nr.: _____

- Waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung? ☐ J ☐ N
 Wenn ja, warum? _____
- Traten in der letzten Woche **Durchfall** oder **Erbrechen** auf? ☐ J ☐ N
- Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ☐ J ☐ N
- Stillen Sie? ☐ J ☐ N
- Leiden Sie zur Zeit an einem **Infekt der oberen Luftwege, Fieber, einem Magen-Darm-Infekt**? ☐ J ☐ N
 Wenn ja, seit wann? _____
- Leiden Sie an einer sonstigen **Infektionskrankheit**? ☐ J ☐ N
 Ja: _____
- Tragen Sie **körperfremde Gegenstände** am/im Körper? (Prothese, Stent, Herzschrittmacher, Piercings, Spirale) ☐ J ☐ N
- Haben Sie in den letzten Tagen oder Wochen **Medikamente** eingenommen? (z.B. Schmerzmittel, Herz- / Kreislaufmittel, Hormone oder gerinnungshemmende Mittel wie ASS, Macumar, Clopidogrel, Plavix) ☐ J ☐ N
 Wenn ja, welche? _____
- Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ J ☐ N
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
 _____ Jahr: _____
- Kam es während des Eingriffes oder in der Zeit danach zu **Beschwerden** oder **Komplikationen**? ☐ J ☐ N
 Ja: _____
- Kam es bei Blutsverwandten zu Narkoseproblemen? ☐ J ☐ N
 Ja: _____

- Wurden Ihnen früher einmal **Blut** oder **Blutbestandteile** übertragen? ☐ J ☐ N
 Kam es dabei zu Unverträglichkeitsreaktionen? ☐ J ☐ N
 Ja: _____
- **Waren** oder **sind** Sie (an einem der folgenden Organe) erkrankt? (Zutreffendes unterstreichen)
- Herz / Kreislauf:** Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Herzfehler, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzinfarkt, hoher / niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung? ☐ J ☐ N
- Gefäße:** Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Embolie? ☐ J ☐ N
- Schilddrüse:** Überfunktion / Unterfunktion, Kropf? ☐ J ☐ N
- Speiseröhre, Magen- / Darmtrakt:** Engstellen, Brüche, Geschwüre, Reflux, chronisch entzündliche Darmerkrankungen? ☐ J ☐ N
- Lunge, Atemwege:** chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Schlafapnoe, Lungenentzündung, TBC oder Emphysem? ☐ J ☐ N
- Nervensystem:** Epilepsie (Krampfleiden), Lähmungen, Depression, seelische Erkrankungen? ☐ J ☐ N
- Stoffwechsel:** Zuckerkrankheit, Gicht? ☐ J ☐ N
- Nieren:** Dialysepflicht, schwere Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, erhöhter Kreatininwert, Nierensteine? ☐ J ☐ N
- Leber:** Zirrhose, Gelbsucht, Gallensteine, Hepatitis? ☐ J ☐ N
- Augen:** Grauer Star / Grüner Star, Kontaktlinsen? ☐ J ☐ N
- Ohren:** Schwerhörigkeit? ☐ J ☐ N
- Blut:** Blutungsneigung, Gerinnungsstörung, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (wie ASS, Macumar, Clopidogrel, Plavix)? ☐ J ☐ N
- Muskeln:** Ist bei Ihnen eine Muskelschwäche oder ein Muskelschwund bekannt? ☐ J ☐ N
 – Gibt es **Hinweise** auf eine solche Erkrankung bei Blutsverwandten? ☐ J ☐ N
- Ist bei Ihnen eine Veranlagung zu **maligner Hyperthermie** bekannt? (Stoffwechselentgleisung unter Narkose mit extremem Temperaturanstieg) ☐ J ☐ N

bitte wenden

• Sind **Medikamenten-Unverträglichkeiten** bekannt?

- gegen Paracetamol (z.B. in Ben-u-ron, PCM, Treupel, Captin, Pardialgon, Enelfa etc.)
- gegen **Novaminsulfon** (z.B. in Novalgin)
- gegen **lokale Betäubungsmittel**

?	J	N
?	J	N
?	J	N

Bestehen bei Ihnen Hinweise auf sonstige

Medikamenten-Unverträglichkeiten?

J	N
---	---

Wenn ja, bei welchen Präparaten?

• Sonstige **Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

- gegen Hausstaub, Pollen, Tierhaare
- gegen Pflaster, Jod, Nahrungsmittel oder Obst
- gegen Latex (Luftballons) oder: _____

J	N
J	N
J	N

Wirkst sich eine dieser Allergien auf die **Atemwege** aus?

J	N
---	---

• Wie oft trinken Sie **Alkohol** (pro Woche)? (Zutreffendes unterstreichen)

nie / selten / regelmäßig / Bier / Wein / Hochprozentiges

• Rauchen Sie? Wieviele **Zigaretten**? _____ Zig. pro Tag

J	N
---	---

• Nehmen oder nahmen Sie **Drogen**?

J	N
---	---

Wenn ja, welche? _____

• Nehmen Sie regelmäßig **Schlaf- oder**

Beruhigungsmittel ein?

J	N
---	---

Wenn ja, welche? _____

• Haben Sie **chronische Schmerzen**?

J	N
---	---

• Haben Sie ein kariöses oder schadhaftes **Gebiss**?

J	N
---	---

– Tragen Sie eine Zahnprothese?

J	N
---	---

• Tragen Sie ein **Hörgerät**?

J	N
---	---

• Leiden Sie an **anderen Erkrankungen** oder Behinderungen,

die in diesem Fragebogen nicht aufgeführt wurden oder

gibt es sonstige Dinge, die Sie für wichtig halten,

die jedoch bisher nicht angesprochen wurden?

J	N
---	---

Ja, und zwar: _____

• Existiert eine **Patientenverfügung**?

J	N
---	---

Der Patient / die Patientin darf in den ersten 24 Stunden nach der Narkose nicht eigenverantwortlich am Straßenverkehr teilnehmen, keine Maschinen bedienen und keine wichtigen Entscheidungen treffen. Auf dem Heimweg muss der Patient von einer volljährigen Person begleitet werden. Nach ambulanten Eingriffen in Narkose ist eine ständige häusliche Betreuung des Patienten / der Patientin in den ersten 24 Stunden notwendig!

Wer kümmert sich in dieser Zeit um Sie?

_____ Alter: _____

• Ist eine ständige Betreuung in den ersten 24 Stunden

nach dem Eingriff gewährleistet?

J	N
---	---

• Steht Ihnen ein Telefon zur Verfügung?

J	N
---	---

Tel. Nr. mit Vorwahl: _____ / _____

• Ist von Ihrer Wohnung aus innerhalb von 30 Minuten die

Praxis des Hausarztes oder ein Krankenhaus erreichbar?

J	N
---	---

• Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung

oder ist ein Taxi schnell erreichbar?

J	N
---	---

Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch:

Ein ausführliches Aufklärungsgespräch zur Narkose wurde persönlich

am _____ um _____ Uhr / telefon. am _____ um _____ Uhr

mit Frau / Herrn Dr. _____ geführt.

Dabei wurde mir das vorgesehene Narkoseverfahren erklärt und die

Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden wurden besprochen.

Anhand des zuvor ausgefüllten Fragen teils wurden auch die risiko-

erhöhenden Besonderheiten, mögliche Komplikationen und eventuell

notwendige Neben- und Folgeeingriffe erläutert. Alle meine Fragen

wurden für mich gut verständlich beantwortet.

Die „Patienteninformation für die ambulante Narkose bei

Erwachsenen“ habe ich erhalten und gelesen, die Verhaltens-

regeln werde ich beachten. Die Fragen zu meiner gesundheitlichen

Vorgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich habe mir alles gründlich überlegt und gebe im Rahmen

des vorgesehenen Eingriffs _____

_____ **meine Einwilligung für**

☐ eine Allgemeinanästhesie mit:

Maske / Larynxmaske / Intubation.

☐ eine Regionalanästhesie mit:

Plexusblockade nach Winnie / Fußblock /

3 in 1 Block / axillärer Plexusblockade.

Mit allen medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen

des Narkoseverfahrens bin ich einverstanden. **Mit folgenden Maß-**

nahmen bin ich auf keinen Fall einverstanden: _____

Eine Kopie dieses Bogens habe ich erhalten ☐

Eine Kopie dieses Bogens wurde mir angeboten, ich verzichte jedoch darauf ☐

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN:

Datum: _____

Patient/in: _____

ggf. gesetzl. Vormund /

Dolmetscher/in: _____

Anästhesist/in: _____