



Patientendaten

Angaben zum Patienten sind vom Patienten auszufüllen

Nachname: _____ Vorname: _____ Geboren: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Dienstgeber: _____

Telefon: _____ Hausarzt: _____

Begleitperson: _____ Telefon: _____

OP-Termin: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Geplante Operation: _____

Gesundheitsfragen

Angaben zum Patienten sind vom Patienten auszufüllen

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? 0 Nein 0 Ja _____

Sind Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt worden? 0 Nein 0 Ja _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? (wann und wo?) 0 Nein 0 Ja _____

Gab es bei Ihnen schon einmal Probleme bei einer Narkose? 0 Nein 0 Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? 0 Nein 0 Ja _____

Sind Sie Schwanger? 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie oder ein Verwandter an einer Muskelerkrankung? 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie an einer Herz-/Kreislaufkrankung?
(Bluthochdruck, Herzschwäche, Angina pectoris, Herzinfarkt) 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie an einer Lungenerkrankung?
(Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung) 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung?
(Zuckerkrankheit, Gicht) 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? 0 Nein 0 Ja _____

Besteht bei Ihnen eine Nervenerkrankung?
(Krampfleiden, Lähmungen, Depressionen) 0 Nein 0 Ja _____

Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?
(verlängertes Bluten nach Verletzungen, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken) 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie unter Gastrointestinalen Beschwerden?
(Sodbrennen, häufiger Schluckauf, ...) 0 Nein 0 Ja _____

Besteht bei Ihnen eine Augenerkrankung?
(grauer/grüner Star) 0 Nein 0 Ja _____

Sind bei Ihnen ansteckende Krankheiten bekannt? 0 Nein 0 Ja _____

Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit? 0 Nein 0 Ja _____

Haben Sie lockere Zähne, Karies oder Parodontose? 0 Nein 0 Ja _____

Tragen Sie eine Zahnprothese? 0 Nein 0 Ja 0 Oberkiefer 0 Unterkiefer
0 Vollprothese 0 Teilprothese
0 Kronen 0 Implantate
0 Brücken

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? seit wann nicht mehr? 0 Nein 0 Ja _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? 0 Nein 0 Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungsmittel ein? 0 Nein 0 Ja _____

Leiden Sie an anderen Krankheiten oder Besonderheiten? 0 Nein 0 Ja _____

Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Narkoseaufklärung und Einwilligung

0 Vollnarkose

0 Sedoanalgesie

0 Regionalanästhesie

Nach einem ausführlichen Gespräch mit dem Anästhesisten erkläre ich mich aus freien Stücken bereit, dass ein Arzt des MAK die Narkose für meine bevorstehende Behandlung durchführt.

In diesem Gespräch wurde ich zu meinem Gesundheitszustand befragt und habe zugesagt, ausständige Befunde bis zum Tag des Eingriffs einzuholen, an dem auch eine ausführliche klinische Untersuchung vor dem Eingriff erfolgt. Das Narkoseverfahren wurde mir ausführlich erklärt und sämtliche offenen Fragen meinerseits wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mir wurde ausdrücklich erklärt, dass nach der Narkose das Lenken von Fahrzeugen, als auch das Bedienen von Maschinen, für 24 Stunden nicht erlaubt ist. In den ersten 24 Stunden nach der Narkose sollte auch kein Alkohol getrunken werden.

Die möglichen Nebenwirkungen wie Blutungen, Blutergüsse, Haut- und Gewebeschäden, allergische Reaktionen, Kreislaufschock, Erbrechen Atemnot, Aspiration, krampfartiger Verschluss der Atemwege, Zahnverlust und weitere wurden mir in diesem Gespräch ausführlich und verständlich erklärt.

Sollten noch Fragen oder nach dem Eingriff Probleme auftauchen, kann ich jederzeit den behandelnden Anästhesisten unter der Telefonnummer 0660/2397930 oder in ganz dringenden Fällen (z.B. Atemnot nach der Narkose) die Notrufnummer 144 anrufen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärung verstanden habe und keine offenen Fragen mehr habe. Es gibt keine weiteren wichtigen Befunde, die ich wissentlich nicht vorgelegt habe. Ich bin mit dem besprochenen Anästhesieverfahren, als auch mit eventuellen Erweiterungen und den daraus resultierenden Folgemaßnahmen, einverstanden.

Ort, Datum, Gesprächsdauer

Unterschrift Patient

Dr. Erhard Mahrhofer