

Aufklärungs- und Anamnesebogen



.....
(Name, Vorname)

(geb. Datum)

(Operationstag)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern !

Sie haben sich für eine Operation in Allgemeinnarkose entschieden.

Dieser Narkoseeingriff findet zu Ihrer Sicherheit unter ständiger **Kontrolle der lebenswichtigen Körperfunktionen** durch einen Narkosearzt statt, der jegliche Notfallmaßnahmen unmittelbar einleiten kann.

Sie werden dazu an Überwachungsgeräte angeschlossen und erhalten eine „Infusionsnadel“ für die erforderliche Medikamentengabe an den Arm angelegt.

Nach der Narkoseeinleitung werden sämtliche Reflexe (Husten, Atmung, Abwehr) erlöschen und völlige Schmerzfreiheit bestehen. In dieser Situation wird eine Beatmungshilfe (Tubus) in die Luftwege eingelegt, um Sie sicher zu beatmen und diese vor möglichem erbrochenem Mageninhalt (Aspiration) zu schützen.

Grundsätzlich sind Verletzungen (Mund, Zähne, etc...) durch unsere Maßnahmen denkbar, auch kann die Operation, Narkosemaßnahmen, der persönliche Gesundheitszustand oder Vorerkrankungen zu Irritationen der **Herz-Kreislauf-Funktion** führen (genet. Disposition, Allergien, MH, ...). Durch moderne Narkoseführung mit sicheren Medikamenten, technischer Überwachung und fachärztlicher Betreuung ist eine rasche Behandlung und das Risiko für daraus resultierender Folgeschäden auf ein **Minimum** reduziert.

Zur Narkose finden Sie sich **nüchtern in der Praxis** zum vereinbarten Termin ein, d.h. mindestens **6 Std.** vor der Narkose keine Nahrung, Getränke und Nikotin zu sich nehmen, lediglich Wasser oder Tee bis **2 Std.** vorher. Näheres besprechen Sie bitte mit dem Anästhesisten (Tel.-Nr. s.o.)

Im Anschluss werden Sie noch zur Nachbeobachtung und zur Schmerzbehandlung mindestens 2h verweilen und nach komplikationslosem Verlauf nach Hause entlassen. Dazu sollten Sie sich chauffieren lassen, denn an diesem Tage dürfen Sie **kein KfZ fahren oder Maschinen führen.**

Zur sorgfältigen Vorbereitung auf diesen Eingriff und **zu Ihrer eigenen Sicherheit** sind deshalb die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten sowie die Verhaltensregeln einzuhalten.

Falls eine Frage mit „Ja“ beantwortet wird, erklären Sie diese stichwortartig im unteren Schreibfeld

Frühere Operationen: _____
O Nein O Ja

Narkosezwischenfall: _____
O Nein O Ja

Größe/Gewicht: / cm/kg

- | | | | | | |
|--------|------|---|--------|------|---|
| O Nein | O Ja | Kreislaufferkrankungen / Blutdruck / Thrombosen / Durchblutungsstörungen | O Nein | O Ja | Herzerkrank. / Infarkt / Stent / Bypass / Herzschwäche, Rhythmusstörungen,... |
| O Nein | O Ja | Atemwegserkrankungen / Asthma / TBC | O Nein | O Ja | Muskelerkrankungen / Muskelschwund |
| O Nein | O Ja | Stoffwechselerkrankungen / Schilddrüse / Fette / Zuckerkrankheit / Harnsäure /... | O Nein | O Ja | Nervenerkrankungen / Krampfleiden / Schlaganfall |
| O Nein | O Ja | Allergien / Ausschläge (Ursachen?) | O Nein | O Ja | Nikotin / Alkohol / Rauschgift |
| O Nein | O Ja | Medikamenteneinnahme | O Nein | O Ja | Erkrankung innerer Organe |
| O Nein | O Ja | Gerinnungsstörungen, Bluterkrankungen,... | O Nein | O Ja | sonstigen Erkrankungen: |
| O Nein | O Ja | Für Frauen: Einnahme von Kontrazeptiva („Pille“ / Pflaster) kein zuverlässiger Schutz nach einer Narkose ! | | | |
| O Nein | O Ja | Bei Sedierungsverfahren bin ich ggf auch mit einer Beatmungsnarkose (ITN) einverstanden. | | | |

Aufklärungsgespräch geführt am: Unterschrift: **X**

Wenn nicht in der Praxis erfolgt, bitte den Narkosearzt für das Aufklärungsgespräch vor den Eingriff anrufen (Tel.-Nr. s.o.) !!!

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit meiner Angaben und das Einverständnis für alle erforderlichen Maßnahmen des Narkosearztes, die sich im Verlauf des Eingriffes ergeben.
Sollte ich oder mein Kind zum vereinbarten Operationstermin nicht erscheinen, erlaube ich Dr. med. J. A. Strack mir den Betrag von 200.- € für die Bereitstellungskosten und Honorareinbuße in Rechnung zu stellen, oder wenn meine Krankenkasse die Narkosekosten nicht übernimmt, eine Privatliquidation nach der gültigen GOÄ durchzuführen.

Adresse / Tel.Nr.: / e-mail / b. Kindern Name d. Eltern

Datum / Unterschrift:

X
Version 5.2