

# Anästhesie-Patienten-Fragebogen

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung mit weiteren Leistungserbringern (z. B. Operateure, Hausärzte) austauschen zu dürfen (z. B. telefonisch/per Fax/per E-Mail) bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns ein adäquater Informationsaustausch im Rahmen Ihrer Behandlung nicht möglich. Bitte erteilen Sie uns daher im Folgenden Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten gemäß DSGVO:

Hiermit willige ich,

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>		<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>PLZ/Ort:</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Alter:</b>	<b>Jahre</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>kg</b>	<b>Größe:</b>	<b>cm</b>
<b>Geplante OP:</b>			<b>Operateur:</b>		<b>Beruf:</b>
					<b>Krankenkasse:</b>

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei o. g. Operateur unter Beachtung der DSGVO weitergegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand (bitte sorgfältig ausfüllen und am OP-Tag bereithalten!)

- |  |             |  |             |
|--|-------------|--|-------------|
| 1. Waren Sie/Ihr Kind in letzter Zeit in <b>ärztlicher Behandlung</b> ?                                  | OJa / ONein | 23. <b>Andere</b> Erkrankungen oder Behinderungen?   | OJa / ONein |
| 2. Sind Sie/Ihr Kind zur Zeit <b>erkältet</b> ?  | OJa / ONein | 24. Tragen Sie <b>Zahnersatz</b> (Prothesen, Implantate) oder haben Sie <b>lockere Zähne</b> ? | OJa / ONein |
| 3. Für Patientinnen: Könnte zurzeit eine <b>Schwangerschaft</b> bestehen?                                | OJa / ONein | 25. <b>Rauchen</b> Sie? Wenn Ja: Was und wie viel pro Tag?                                     | OJa / ONein |
| 4. Bei <b>Kindern</b> : ehemaliges <b>Frühgeborenes</b> ? Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung? | OJa / ONein | 26. Trinken Sie <b>Alkohol</b> ? Wenn Ja: Was und wie viel pro Tag?                            | OJa / ONein |
| 5. Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig <b>Medikamente</b> ein? Wenn Ja: welche bzw. wofür/wogegen?           | OJa / ONein | 27. Nehmen oder nahmen Sie <b>Drogen</b> ein?  | OJa / ONein |
| 6. Frühere <b>Narkosen und Operationen</b> ? (Eingriff und Jahr):  | OJa / ONein | 28. Hatten Sie nach früheren Narkosen <b>Übelkeit oder Erbrechen</b> ?                         | OJa / ONein |
|  |             | 29. Wer betreut Sie unmittelbar nach der Narkose und zu Hause?                                 |             |

#### O Ich habe folgende Fragen:

O Ich habe das „Merkblatt ambulante Anästhesie“ gelesen und verstanden. Die Verhaltensmaßnahmen werde ich befolgen.

O Im persönlichen Aufklärungsgespräch wurden alle Fragen beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen.

#### Leiden oder litten Sie/ Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten oder einer Erkrankung der folgenden Organsysteme?

- |   |             |
|---|-------------|
| 9. <b>Herz</b> (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypässe, Stent, Herzfehler, Herzoperationen)               | OJa / ONein |
| 10. <b>Kreislauf</b> (z. B. zu hoher/zu niedriger Blutdruck, Thrombosen, Durchblutungsstörungen)              | OJa / ONein |
| 11. <b>Lunge- und Atemwege</b> (z.B. Pseudokrupp, Silikose, COPD, Chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe) | OJa / ONein |
| 12. <b>Leber</b> (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, Fettleber)   | OJa / ONein |
| 13. <b>Niere</b> (z.B. Entzündung, Steine, Dialyse)   | OJa / ONein |
| 14. <b>Speiseröhre/Magen/Darm</b> (z. B. Reflux, Sodbrennen, Magengeschwüre)                                  | OJa / ONein |
| 15. <b>Stoffwechsel</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Laktose-/ Fruktoseintoleranz,)                         | OJa / ONein |
| 16. <b>Schilddrüse</b> (z.B. Über-/Unterfunktion, Entzündung)   | OJa / ONein |
| 17. <b>Augen</b> (z.B. grüner/grauer Star)  | OJa / ONein |
| 18. <b>Nerven/ Gemüt</b> (z.B. Schlaganfall, Epilepsie, Depression)   | OJa / ONein |
| 19. <b>Skelettsystem</b> (z.B. Wirbelsäule, Gelenke)  | OJa / ONein |
| 20. <b>Blutgerinnung</b> (z.B. Neigung zu Blutergüssen)   | OJa / ONein |
| 21. <b>Allergien</b> (z.B. gegen Nahrungsmittel, Soja, Jod, Pflaster, Medikamente, Latex, Heuschnupfen)       | OJa / ONein |
| 22. <b>Muskelerkrankungen</b> (auch bei Verwandten)   | OJa / ONein |

#### Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Näher erörtert wurden u. a. das geplante Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, Risiken u. mögliche Komplikationen der Betäubungsverfahren incl. Zahnschäden, Heiserkeit, Halsschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Nervenschäden, Herz-Kreislauf-Komplikationen, Krampfanfälle; evtl. Übergang zu einem anderen Betäubungsverfahren, Sedierung, Analgesie, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Verhaltenshinweise. Die individuelle Aufklärung beinhaltete u.a. folgende Punkte:

#### Einwilligung

Nach gründlicher Überlegung willige ich ein, dass die geplante Operation in

Vollnarkose                       Dämmer Schlaf                     

durchgeführt wird. Eine weitere Überlegungsfrist benötige ich nicht.

Ich bin mit **medizinisch notwendigen Änderungen** des Anästhesieverfahrens einverstanden.

Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

**Bei Minderjährigen:** die unterzeichnende sorgeberechtigte Person versichert mit ihrer Unterschrift die Zustimmung des zweiten Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des **Patienten/Erziehungsberechtigten**

Ort, Datum

Unterschrift des **Arztes**