

Anästhesie-Patienten-Fragebogen

Bitte sorgfältig ausfüllen und am OP-Tag bereithalten!

Name:		Vorname:		Geb.-Dat.:	
Straße:		PLZ/Ort:		Tel.:	
Alter:	Jahre	Gewicht:	kg	Größe:	cm
Geplante OP:			Krankenkasse:		

- Waren Sie/Ihr Kind in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**? OJa / ONein
 - Sind Sie/Ihr Kind zur Zeit **erkältet**? OJa / ONein
 - Für Patientinnen: Könnte zurzeit eine **Schwangerschaft** bestehen? OJa / ONein
 - Bei **Kindern**: ehemaliges **Frühgeborenes**? Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung? OJa / ONein
 - Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn Ja: welche bzw. wofür/wogegen?

 - Frühere **Narkosen und Operationen**? (Eingriff und Jahr): OJa / ONein

 - Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten zu **Narkosekomplikationen**? OJa / ONein
 - Haben Sie schon einmal eine **Bluttransfusion** erhalten? Gab es Komplikationen? OJa / ONein
- Leiden oder litten Sie/ Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten oder einer Erkrankung der folgenden Organsysteme?**
- Herz** (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzoperationen, Bypässe) OJa / ONein
 - Kreislauf** (z.B. zu hoher/zu niedriger Blutdruck, Thrombosen, Durchblutungsstörungen) OJa / ONein
 - Lunge- und Atemwege** (z.B. Pseudokrupp, chronische Bronchitis, Asthma, Schlafapnoe) OJa / ONein
 - Leber** (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, Fettleber) OJa / ONein
 - Niere** (z.B. Entzündung, Steine, Dialyse) OJa / ONein
 - Speiseröhre/Magen/Darm** (z. B. Reflux, Sodbrennen, Magengeschwüre) OJa / ONein
 - Stoffwechsel** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Laktose-/Fruktoseintoleranz,) OJa / ONein
 - Schilddrüse** (z.B. Über-/Unterfunktion, Entzündung) OJa / ONein
 - Augen** (z.B. grüner/grauer Star) OJa / ONein
 - Nerven/ Gemüt** (z.B. Epilepsie, Depression) OJa / ONein
 - Skelettsystem** (z.B. Wirbelsäule, Gelenke) OJa / ONein
 - Blutgerinnung** (z.B. Neigung zu Blutergüssen) OJa / ONein
 - Allergien** (z.B. gegen Nahrungsmittel, Soja, Jod, Medikamente, Pflaster, Latex, Heuschnupfen) OJa / ONein
 - Muskelerkrankungen** (auch bei Verwandten) OJa / ONein
 - Andere** Erkrankungen oder Behinderungen? OJa / ONein
 - Tragen Sie **Zahnersatz** (Prothesen, Implantate) oder haben Sie **lockere Zähne**? OJa / ONein
 - Rauchen** Sie? Wenn Ja: Was und wie viel pro Tag? OJa / ONein
 - Trinken Sie **Alkohol**? Wenn Ja: Was und wie viel pro Tag? OJa / ONein
 - Nehmen oder nahmen Sie **Drogen** ein? OJa / ONein

- Hatten Sie nach früheren Narkosen **Übelkeit oder Erbrechen**? OJa / ONein
- 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.

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Näher erörtert wurden u.a.: das geplante Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, Risiken u. mögliche Komplikationen der Betäubungsverfahren, evtl. Übergang zu einem anderen Betäubungsverfahren, Sedierung, Analgesie, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzlicher Vertretung, Verhaltenshinweise. Die individuelle Aufklärung beinhaltete u.a. folgende Punkte:

Einwilligung:

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

O Vollnarkose O Dämmer Schlaf O

durchgeführt wird. Eine weitere Überlegungsfrist benötige ich nicht.

Ich bin mit medizinisch notwendigen Änderungen des Anästhesieverfahrens einverstanden.

Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten.

Ort, Datum Unterschrift des **Patienten / Erziehungsberechtigten**
(Achtung: bei betreuten Personen ist die Unterschrift des **bevollmächtigten Betreuers** notwendig!)

Ort, Datum Unterschrift des **Arztes**

Für Privatpatienten und Beihilfeberechtigte:

Gemäß § 5 GOÄ Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte vom 22. 12. 1999 können unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen berechnet werden. In der Regel wird diese begründete Steigerung von den Kassen bzw. Beihilfestellen übernommen. Sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen darf Ihrerseits keine Kürzung des Rechnungsbetrages vorgenommen werden.

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) zum Zwecke der Rechnungsstellung und Geltendmachung des Rechnungsbetrages bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des **Patienten/Erziehungsberechtigten**

Bei Kindern: falls abweichend Angabe des Versicherten:

Name: Geb.-Dat.:

Falls abweichend: Rechnungsanschrift: