

**Fragebogen zur Allgemeinanästhesie bei Erwachsenen****Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen:**

J = ja N = nein ? = weiß nicht

Name: _____ Alter: _____ Jahre
Vorname: _____ Größe: _____ cm
Beruf: _____ Gewicht: _____ kgGeschlecht: weiblich männlich

Operateur: _____ 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 Muskelschwächeoder ein Muskelschwund bekannt? J N– Gibt es **Hinweise** auf eine solche Erkrankungbei **Blutsverwandten**? J N

• Ist bei Ihnen eine Veranlagung zu **maligner
Hyperthermie** bekannt? (Stoffwechsellentgleisung

unter Narkose mit extremem Temperaturanstieg) J N

- Sind **Medikamenten-Unverträglichkeiten** bekannt?
 - gegen **Paracetamol** (z.B. in Ben-u-ron, PCM, Treupel, Captin, Pardialgon, Enelfa etc.) ? J N
 - gegen **Novaminsulfon** (z.B. in Novalgin) ? J N
 - gegen **lokale Betäubungsmittel** ? 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 J N
 - gegen Pflaster, Jod, Nahrungsmittel oder Obst J N
 - gegen Latex (Luftballons) oder: _____ J N
- Wirkt 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 schadhafte**s 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 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 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 Fragenteils wurden auch die risik 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 Verhaltensregeln 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 Maßnahmen 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: _____