

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

FELD FÜR DEN ARZT:

Vorgesehener Eingriff:	_____
Anästhesie:	_____
Datum:	_____
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär

VOM PATIENTEN ZU BEANTWORTEN:

Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg
Geschlecht: _____

n = nein/j = ja

1. Beruf: _____
2. Ist in letzter Zeit eine andere ärztliche Behandlung erfolgt? n j
Wenn ja, wann und weswegen? _____
3. Besteht akut/Bestand in den letzten 4 Wochen ein Infekt (z.B. Erkältung, Fieber, Magen-Darm)? n j
Wenn ja, welcher? _____
4. Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)? n j
Wenn ja, welche? _____
5. Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])? n j
Wenn ja, welche? _____
6. Werden pflanzliche Mittel/Ergänzungspräparate eingenommen (z.B. Johanniskraut, Gingko, Vitamine)? n j
Wenn ja, welche? _____
7. Wurde schon einmal eine Operation durchgeführt? n j
Wenn ja, welche/wann? _____
8. Wurde schon einmal eine Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt? n j
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? n j
Wenn ja, welche? _____
9. Traten bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? n j
10. Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen? n j
11. Besteht bei Ihnen bzw. Blutsverwandten die Veranlagung zu hohem Fieber bei/nach Narkose (maligne Hyperthermie)? n j
12. Ist schon einmal eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen (Transfusion) erfolgt? n j
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? n j
Wenn ja, welche? _____
13. Haben Sie für den geplanten Eingriff Eigenblut gespendet? n j

14. Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? n j
Wenn ja, welche? _____
15. Besteht eine Sojaunverträglichkeit/-allergie? n j
16. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen? n j
17. Besteht/Bestand eine Gefäßkrankung (z.B. Durchblutungsstörung, Arteriosklerose, Aneurysma, Krampfadern)? n j
Wenn ja, welche? _____
18. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)? n j
19. Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)? n j
Wenn ja, welche? _____
20. Tritt Atemnot bei Anstrengung auf? n j
21. Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung)? n j
Wenn ja, welche? _____
22. Tritt starkes Schnarchen auf, liegt eine Schlafapnoe vor oder besteht eine Stimmband-/Zwerchfelllähmung? n j
Wenn ja, was? _____
23. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems (z.B. Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm)? n j
Wenn ja, welche? _____
24. Tritt Sodbrennen auf oder besteht eine Refluxkrankheit? n j
25. Besteht/Bestand eine Erkrankung der Leber, Gallenblase/-wege (z.B. Entzündung, Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)? n j
Wenn ja, welche? _____
26. Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane (z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)? n j
Wenn ja, welche? _____
27. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)? n j
Wenn ja, welche? _____

28. Besteht/Bestand eine **Schilddrüsenerkrankung** (z.B. n j Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)?

Wenn ja, welche? _____

29. Besteht/Bestand eine **Muskel- oder Skeletterkrankung** n j (z.B. Muskelschwäche, Gelenkerkrankung, Osteoporose)?

Wenn ja, welche? _____

30. Besteht/Bestand eine **Erkrankung des Nervensystems** n j (z.B. Lähmungen, Krampfleiden [Epilepsie], chronische Schmerzen)?

Wenn ja, welche? _____

31. Besteht eine **Augenerkrankung** (z.B. Grauer Star, Grüner Star/Glaukom)? n j

Wenn ja, welche? _____

32. Bestehen **weitere Erkrankungen/Beeinträchtigungen** n j (z.B. Wirbelsäulenschäden, Schulter-Arm-Syndrom, multiple Sklerose, Restless-Legs-Syndrom, häufige Kopfschmerzen, Depressionen, Hörschwäche)?

Wenn ja, welche? _____

33. Gibt es Besonderheiten beim **Zustand der Zähne** (z.B. n j Parodontose, lockere Zähne, Zahnfehlstellung [Zahnspange], Prothese, Brücke, Krone, Implantat)?

Wenn ja, welche? _____

34. Befinden sich **Implantate im Körper** (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)? n j

Wenn ja, welche? _____

35. Regelmäßiger **Tabakkonsum?** n j

Wenn ja, was und wie viel? _____

36. Regelmäßiger **Alkoholkonsum?** n j

Wenn ja, was und wie viel? _____

37. Werden **Drogen** genommen? n j

38. Haben Sie eine **Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht?** n j

Zusatzfragen bei Frauen

1. Könnten Sie schwanger sein? n j

2. Stillen Sie? n j

Zusatzfragen für ambulante Eingriffe

1. Wer bringt Sie nach dem Eingriff nach Hause (Name und Alter)? _____

2. Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar (Adresse, Tel.-Nr.)? _____

3. Wer betreut Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff (Name, Alter)? _____

4. Wie weit ist die nächste Klinik/Notfallpraxis von Ihrem Aufenthaltsort entfernt (km)? _____

5. Könnten Sie innerhalb von 30 Minuten in die nächste n j Klinik/Notfallpraxis gebracht werden?

Vermerke der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch

Name _____

Hinweis: Bitte individuelle Aspekte der Aufklärung dokumentieren (z.B. die Ablehnung eines Verfahrens, nachteilige Folgen, Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, Gesprächsdauer, vorgenommene Eintragungen im Info-Teil, falls dieser nicht archiviert wird, etc.).

Erörtert wurden v.a.: das geplante Narkose-/Regionalanästhesieverfahren, Sedierung, Gabe von Schmerzmitteln, Vor- und Nachteile gegenüber anderen in Betracht kommenden Verfahren, ggf. Off-Label-Use von Medikamenten, allgemeine Risiken, spezielle Risiken der Betäubungsverfahren, individuelle risikoerhöhende Umstände, mögliche Änderungen/Erweiterungen des Betäubungsverfahrens, etwaige Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen von Kathetern, Blut-

transfusion), evtl. vorübergehende Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Verhaltenshinweise sowie:

Einsichtnahme in die Patientenakte ist jederzeit möglich (§ 630c BGB)
 Ich verzichte auf Kopien der Aufklärungsunterlagen (§ 630e BGB)

Datum/Unterschrift _____

Anmerkungen zum Zahnstatus der Patientin/des Patienten: _____

Vorgesehene Anästhesie:

- Narkose
 - Narkose mit einer Atemmaske
 - Narkose mit einer Kehlkopfmaske
 - Intubationsnarkose
- Regionalanästhesie, ggf. mit Gabe eines Beruhigungs-/Schmerzmittels („Dämmerschlaf“/[Analgo-]Sedierung):
 - Spinalanästhesie
 - lumbale Periduralanästhesie
 - thorakale Periduralanästhesie
 - Armplexusanästhesie rechts links
 - axilläre supraklavikuläre
 - infraklavikuläre interskalenäre

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die oben vermerkte Anästhesie ein. Mit medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Betäubungsverfahrens sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Den Fragebogen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit _____

Patientin/Patient/Eltern* _____

Ärztin/Arzt _____

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.