

Name:  
Vorname:  
Geb.-Datum:  
Krankenkasse:

Ihre Telefon- o. Handynummer:

Ihre E-mail-Adresse (freiwillige Angabe):

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre ärztliche Behandlung?  J  N

Ihr Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Ihre Lebensgewohnheiten:**

Rauchen Sie regelmäßig?  J  N

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  J  N

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?  J  N

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

**(Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. unterstreichen o. ergänzen)**

**Zu Ihrem Gesundheitszustand:**

(1) Befanden Sie sich - unabhängig von Ihrer Operation - in letzter Zeit (letzte 6 Wochen) in ärztlicher Behandlung?  J  N  
Wegen folgender Erkrankung(en):  
\_\_\_\_\_

(2) Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  J  N

(3) Nahmen/Nehmen Sie Zuhause regelmäßig **Medikamente** ein?  J  N  
 Welche? Geben Sie auch die Antibabypille, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- oder Abführtabletten an.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(4) Bitte geben Sie frühere Operationen an:

(Jahr) \_\_\_\_\_ (Eingriff) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(5) Ergaben sich bei früheren Narkosen Probleme?  J  N

Wenn ja, welche? (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufprobleme, starkes Frieren usw.)  
\_\_\_\_\_

Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose?  J  N

(6) Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen?  J  N  
Ergaben sich dabei Besonderheiten bzw. Komplikationen?  J  N  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten? Zutreffendes bitte unterstreichen!**

(7) Herzerkrankungen: (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Defibrillator)?  J  N

(8) Kreislauf- u. Gefäßerkrankungen: Erhöhter oder erniedrigter Blutdruck, Kollapsneigung, Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadem?  J  N

(9) Lungen- und Atemwegserkrankungen: z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chronische Bronchitis, bei **Kindern Pseudokrupp**?  J  N

(10) Lebererkrankungen: z.B. Leberverhärtung, Hepatitis **B,C**?  J  N

(11) Nierenerkrankungen: z.B. Nierenentzündung, -steine, -insuffizienz, Dialyse?  J  N

(12) Erkrankungen des Verdauungstraktes: z.B. Magen-, Darmerkrankung, Refluxbeschwerden?  J  N

(13) Stoffwechselerkrankungen: z.B. Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Kropf, Zuckerkrankheit, Gicht usw.  J  N

(14) Augenerkrankungen: z.B. grüner Star, grauer Star, Brille, Kontaktlinsen?  J  N

(15) Nerven-, Gemütsleiden: z.B. Depressionen, Ängste, Epilepsie, Lähmungen, bei **Kindern Fieberkrämpfe**?  J  N

(16) Erkrankungen des Skelettsystems: z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Gelenkerkrankungen?  J  N

(17) Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen: z.B. Neigung zu Blutergüssen, häufiges Nasenbluten?  J  N

(18) Allergien / Unverträglichkeiten: z.B. Medikamente (Schmerzmed., Antibiotika), Pflaster, Latex, Soja, Heuschnupfen, Nahrungsmittel?  J  N  
Welche?  
\_\_\_\_\_

(19) Muskelerkrankungen und Muskelschwäche? Gab oder gibt es Muskelerkrankungen und/oder Muskelschwäche bei Ihren Blutsverwandten?  J  N

(20) Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen)? Haben Sie lockere Zähne?  J  N

(21) Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten und/oder ansteckenden Erkrankung (z.B. HIV usw.)? Wenn ja, welche?  J  N  
\_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten:

z.B. **Impfungen in den letzten 14 Tagen**, Unfälle, besondere berufliche Verhältnisse? Welche?  
\_\_\_\_\_

## Bitte fragen Sie

die Narkoseärztin/den Narkosearzt nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Narkose interessiert. Sie/Er wird Ihnen auf Ihren Wunsch auch Auskunft über seltene und seltenste Risiken geben.

## Einwilligungserklärung

Der/die Anästhesist/in hat mit mir heute anhand der Ergebnisse der Voruntersuchung bzw. meiner Antworten zu den Fragen auf dem Anamnesebogen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir bzw. meinem Kind vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art des Verfahrens, seinen Vor- und Nachteilen, nach etwaigen Nebeneingriffen und ergänzenden Behandlungsmaßnahmen, z.B. Infusionen, Bluttransfusionen, zentraler Venenkatheter, Harnblasenkatheter, anästhesiologische Nachbehandlung (z.B. postoperative Schmerztherapie) sowie nach den damit verbundenen speziellen Risiken.

Ich habe keine weiteren Fragen

oder

Ich habe folgende weitere Fragen: \_\_\_\_\_ ?

Vermerk des Anästhesisten zum Aufklärungsgespräch: Der / die Patient/in wurde insbesondere aufgeklärt über:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen       | <input type="checkbox"/> Allergische Reaktion / unerwünschte Medikamenten-Nebenwirkung<br>(z.B. Blutbildveränderung bei Metamizol-Gabe) |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit/Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> bei Regionalanästhesien: Nervenläsion, Infektion, Einblutung, Krampfanfall                                     |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsstörung         | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme am Operationstag:<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufstörung    | _____   |
| <input type="checkbox"/> postop. Unruhezustände   |   |
| <input type="checkbox"/> Zahn-/Intubationsschäden |   |
| <input type="checkbox"/> Lagerungsschaden         |   |
| <input type="checkbox"/> Aspiration               | <input type="checkbox"/> Nüchternheitsgebot:  |
| <input type="checkbox"/> Awareness                | ▪ feste Nahrung / Milch <b>bis 0:00 Uhr</b>   |
|   | ▪ klare Flüssigkeiten / Rauchen <b>bis 2h vor Aufnahme</b>  |

Ich willige ein, dass die geplante Operation/Untersuchung in...

- |  |                           |   |  |
|--|---------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollnarkose           | <b>Regionalanästhesie</b> | <input type="checkbox"/> IVRA                 | <input type="checkbox"/> SPA               |
|  | Plexusblockade            | <input type="checkbox"/> interskalenär        | <input type="checkbox"/> axillär           |
|  | Nervenblockaden           | <input type="checkbox"/> N. femoralis         | <input type="checkbox"/> N. ischiadicus    |
|  | ggf. mit                  | <input type="checkbox"/> Katheter-Anlage      |  |
| <input type="checkbox"/> Stand-by u. Sedierung |                           | <input type="checkbox"/> Fußblock             | <input type="checkbox"/> Penismwurzelblock |
|  |                           | <input type="checkbox"/> Peribulbäranästhesie |  |

\_\_\_\_\_ durchgeführt wird.

- Ich willige weiter in die vorbereitende und begleitende anästhesiologische Behandlung einschließlich der dazu erforderlichen Nebeneingriffe ein. Mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen der Anästhesie sowie einer evtl. erforderlichen Bluttransfusion bin ich einverstanden.
- Das **stationäre** bzw. **ambulante Merkblatt** habe ich erhalten, verstanden und werde die geforderten Verhaltensweisen befolgen.
- Mit einem eventuell notwendigen Wechsel zur stationären Behandlung bin ich einverstanden.
- Auf die Aushändigung einer Kopie dieser Einwilligungserklärung verzichte ich: Ja  Nein
- Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen Ja   
(ausführliche Informationen finden Sie unter: [www.anaesthesie-kiel.de](http://www.anaesthesie-kiel.de))

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Anästhesist/in)

\_\_\_\_\_  
(Patient(in) bzw. Sorgeberechtigte(r))\*

\*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.

**Datenschutzhinweis:** a.G. der Vorgaben der Datenschutzbehörden müssen wir Sie darauf hinweisen, dass Sie Ihre Angaben auf diesem Bogen freiwillig machen. Zugleich erlauben wir uns aber den Hinweis, dass das Verschweigen von Erkrankungen oder das wissentlich falsche Beantworten unserer Fragen dazu führen kann, dass Sie sich ungewollt einem deutlich erhöhten Narkose-Risiko aussetzen.