

## → Patienteninformation

Anästhesie-Merkblatt

Information zum Datenschutz

Fragebogen | Einwilligungserklärung



[info@spreedocs.de](mailto:info@spreedocs.de)

[www.spreedocs.de](http://www.spreedocs.de)

## Kontakt

OP-Zentrum Clinica Vita

### 5. Etage

Hohenzollerndamm 28A  
10713 Berlin

T: 030.86 09 99 10

F: 030.86 09 99 23

## Tel. Sprechzeiten

Mo-Fr 09:00-13:00

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen soll ein operativer Eingriff in unserem OP-Zentrum durchgeführt werden, daher ist das Folgende zu beachten:

### Bitte rufen Sie uns an, um einen Termin für das Narkosevorgespräch zu vereinbaren.

#### Zum Vorgespräch bringen Sie bitte mit:

- Ausgefüllten Anästhesie-Fragebogen
- Überweisung des behandelnden Arztes
- Ihre Versichertenkarte
- Ihren Personalausweis
- Ihren Allergiepass
- Befunde:
  - EKG (Patienten mit Herz-/Kreislaufkrankungen)
  - Laborbefunde (Patienten mit Gerinnungsstörungen)

#### Regeln zur Einnahme von Medikamenten:

Werden Ihnen beim Vorgespräch mitgeteilt.

#### Die Uhrzeit Ihres Termins am

#### Operationstag:

Erfragen Sie bitte einen Werktag vor Ihrer geplanten OP im jeweiligen OP-Zentrum.

#### Am Tag der OP:

Bitte kommen Sie nüchtern zum angegebenen Operationstermin.

**Wenn Sie nicht nüchtern sind, können wir keine Narkose durchführen, und Sie werden nicht operiert!**

#### Nüchternheit bedeutet:

- **Bis 6 Stunden vor der OP** darf eine Kleinigkeit gegessen werden (z.B. Scheibe Weißbrot mit Marmelade, Glas Milch). Danach dürfen Sie bis zur OP nichts essen.
- **Ab 6 Stunden vor der OP** dürfen Sie nicht rauchen und nichts essen (auch keine Bonbons, kein Kaugummi, kein Obst, keine Milchprodukte).
- **Bis 2 Stunden vor der OP** darf Wasser getrunken werden.
- **Weniger als 2 Stunden vor der OP** dürfen Sie weder essen noch trinken.

#### Am Tag der OP bitte mitbringen:

- Ihre gültige Versichertenkarte
- Alle Befunde
- Die vom Operateur verordneten Hilfsmittel wie:
  - Gehstützen
  - Spritzen
  - Schienen
  - Strümpfe

**Bitte lassen Sie Schmuck, Uhren, Ehering usw. zu Hause. Entfernen Sie bitte Nagellack / künstliche Nägel.**

#### Abholung und Betreuung nach der OP

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie durch Familienangehörige oder Freunde abgeholt werden können. Sollte dies nicht möglich sein, müssen Sie vorab klären, ob Ihre Krankenkasse die Kosten eines Krankentransports übernimmt.

Keinesfalls dürfen Sie allein mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren. Zu Hause muss sich in den ersten 24 Stunden nach der Operation eine erwachsene Person um Sie kümmern.

*Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihren bevorstehenden Eingriff!*

Ihr SPREEDOCS OP-Team in der Clinica Vita



*Bitte lesen Sie dieses Merkblatt vor dem Narkose-Aufklärungsgespräch.*

Liebe Patientin, lieber Patient,

der geplante Eingriff soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) erfolgen. Wenn auch andere Anästhesieverfahren in Betracht kommen, klären wir Sie in jedem Fall über die Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren auf. Dieser Informationsbogen soll Sie auf das Aufklärungsgespräch vorbereiten.

### **Narkose**

Die Narkose (Allgemeinanästhesie) schaltet Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Der Patient befindet sich von Anfang bis Ende der Narkose in einem schlafähnlichen Zustand. Eingeleitet wird die Narkose, indem die Medikamente in eine Vene gespritzt werden. Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt. Alternativ zur Narkoseeinleitung werden gasförmige Narkosemittel über eine Maske, die auf Mund und Nase aufliegt, gegeben (Maskennarkose). Nachdem Sie eingeschlafen sind, werden wir Sie über einen Beatmungsschlauch, der auf dem Kehlkopf aufsitzt (Kehlkopf- oder Larynxmaskennarkose) oder in die Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose), mit Sauerstoff beatmen. Die Intubation vermindert zudem das Risiko, dass Speichel oder Mageninhalt in die Lunge fließen. Zum Einführen des Tubus sind muskelerschlaffende Medikamente notwendig, die darüber hinaus auch die Operationsbedingungen verbessern.

Eine Kombination der Narkose mit Regionalanästhesie kann den Bedarf an Narkosemitteln verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten. Ist dies vorgesehen, werden wir Sie darüber gesondert informieren.

### **Risiken und mögliche Komplikationen der Narkose**

Der Anästhesist überwacht die Körperfunktionen vor, während und nach der Anästhesie, um Risiken und Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können. Trotz aller Sorgfalt lässt sich nicht mit letzter Sicherheit ausschließen, dass es in seltenen Fällen zu Wachzuständen und extrem selten auch zu

Schmerzzuständen während der Narkose kommen kann.

**Die nachfolgend aufgeführten Risiken und Komplikationen treten insgesamt gesehen extrem selten auf (bei 10.000 Anästhesien gibt es maximal einen folgen-schweren Anästhesie-Zwischenfall):**

Selten kommt es zu Atembeschwerden oder Kreislaufreaktionen (z. B. asthmaähnliche Atembeschwerden, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlages), die sich meist schnell beheben lassen. Schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen und andere lebensbedrohliche Komplikationen, z. B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand oder Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnsel sind selbst bei Patienten mit gesundheitlicher Vorbelastung sehr selten.

Die Intubation/Anwendung der Larynxmaske kann vorübergehend Schluckbeschwerden und Heiserkeit verursachen. Sehr selten sind Verletzungen in Rachen, Kehlkopf und Luftröhre sowie Stimmbandschädigungen mit bleibenden Stimmstörungen (Heiserkeit) und Atemnot. Zahnschäden oder Zahnverlust sind insbesondere bei lockeren Zähnen möglich.

Bei Eingriffen im Mund-Zahn-Bereich wird die Intubation durch die Nase vorgenommen. Es kann danach gelegentlich zu Nasenbluten oder Geruchsstörungen kommen.

Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge lebensbedrohlicher Stoffwechselentgleisung extrem an (maligne Hyperthermie). Eine sofortige medikamentöse und intensivmedizinische Behandlung ist dann notwendig.

Vorübergehende oder bleibende Nervenschäden (z. B. Missempfindungen) sowie Blutergüsse und Infektionen im Bereich der Einstichstelle der Venenkanüle (z. B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe), die einer operativen Versorgung bedürfen, sind selten. Extrem selten sind bleibende Lähmungen oder Infektionen, die zu einer schweren allgemeinen Blutvergiftung (Sepsis) führen. Gefühlsstörungen, Lähmungen oder Hautschäden an Armen und Beinen durch Druck oder Zerrung



während der Operation lassen sich nicht absolut sicher ausschließen; sie bilden sich meist innerhalb weniger Monate zurück. Übelkeit und Erbrechen sind seltener geworden, lebensbedrohliche Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem sind sehr selten. Selten kommt es zu einem krampfartigen Verschluss der Luftwege, der sich in der Regel beherrschen lässt.

### Neben- und Folgeeingriffe

Vorbereitende, begleitende und nachfolgende Maßnahmen (z.B. Überwachungsmaßnahmen, Infusionen, das Legen einer Verweilkanüle / eines zentralen Venenkatheters), sind nicht frei von Risiken. Trotz aller Sorgfalt bei der Herstellung von Fremdblutkonserven, Plasma-derivaten und anderen Blutprodukten lassen sich bei ihrer Übertragung / Anwendung Risiken von Infektionen nicht sicher ausschließen. Eine Eigenblutübertragung vermeidet solche Risiken, eignet sich aber nur für bestimmte Operationen und einen Teil der Patienten.

### Essen und Trinken vor der Operation

→ **Spätestens ein Werktag vor der OP** – Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, fragen Sie bitte telefonisch nach, welche Medikamente eingenommen werden dürfen / sollen.

→ **Bis 6 Stunden vor der OP** darf eine Kleinigkeit gegessen werden (Scheibe Weißbrot mit Marmelade, Glas Milch).

→ **Ab 6 Stunden vor der OP** dürfen Sie nicht rauchen und nichts mehr essen (auch keine Bonbons, kein Kaugummi, kein Obst, keine Milchprodukte).

→ **Bis 2 Stunden vor der OP** dürfen 1 bis 2 Gläser klare Flüssigkeit (Tee, Wasser), jedoch keine Milch und keine trüben Säfte getrunken werden.

→ **Weniger als 2 Stunden vor der OP** dürfen Sie weder essen noch trinken.

→ Sagen Sie dem Anästhesisten, wenn Sie weniger als 2 Stunden vor dem OP doch etwas gegessen, getrunken oder geschluckt haben. Bei Nichteinhalten der Nüchternheit kann die Narkose wegen dann drohender Lebensgefahr nicht durchgeführt werden, d. h. die geplante Operation muss ausfallen!

### Wichtig vor der OP

→ Bitte kommen Sie zum OP-Termin ungeschminkt, und verwenden Sie keine fetthaltigen Gesichtscremes.

→ Entfernen Sie bitte Nagellack / künstliche Nägel.

→ Legen Sie bitte Ihre Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspannen, Ringe, Schmuck, Piercings, Haarteile ab.

→ Direkt vor dem Eingriff entleeren Sie bitte Blase und ggf. Darm auf der Toilette.

### Nach dem Eingriff

Bei ambulanten Eingriffen muss der Patient von einer erwachsenen Begleitperson abgeholt werden. Eine Begleitperson kann direkt nach dem Eingriff, wenn der Patient sich in unserem Aufwachraum bzw. der Tagesklinik erholt, beim Patienten sein und muss sich in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff um dessen Betreuung kümmern. Der Operierte darf erst nach der Entlassung durch einen Arzt bzw. die Aufwachraumchwester das OP-Zentrum verlassen. Der Patient darf 24 Stunden lang nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, nicht an laufenden Maschinen arbeiten, weder Alkohol noch Beruhigungsmittel zu sich nehmen und sollte keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Der nachfolgende Fragebogen bezieht sich auf den Patienten. Bitte füllen Sie den Bogen unbedingt vor dem Aufklärungsgespräch aus. Wir benötigen alle Angaben, um die Anästhesie ganz auf Sie abstimmen zu können. Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie können auch vorab telefonisch Fragen stellen und mit uns einen Termin für das Aufklärungsgespräch, das spätestens einen Tag vor der Operation stattfinden muss, vereinbaren. Unter Berücksichtigung Ihrer Antworten schlagen wir das für Sie günstigste Anästhesieverfahren vor.

Fragen Sie den Anästhesisten nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert. Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.spreedocs.de/Narkose](http://www.spreedocs.de/Narkose).

*Vor der Operation beachten Sie bitte unbedingt die nebenstehenden Regeln.*



Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Datenschutzbeauftragte: Karin Schröder bei den SPREEDOCS

Praxis: SPREEDOCS – OP-Zentrum Clinica Vita, Hohenzollerndamm 28A, 10713 Berlin

Kontaktdaten: Tel. 030 – 860 999 10; Fax: 030 – 860 999 23; Email: info@spreedocs.de

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihren Anästhesisten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

**Patientendaten:**

**Feld für Arzt**

OP-Datum: \_\_\_\_\_  stat.  amb.

Vorgesehener Eingriff: \_\_\_\_\_

Anästhesie: \_\_\_\_\_

**Anamnese / Einwilligungserklärung**  
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und korrekt. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an, unterstreichen bzw. ergänzen es. Bringen Sie diese wichtigen Informationen zum Gespräch mit dem Narkosearzt mit. Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun!

**1. Persönliche Daten**  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Handynummer: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 PatientConceptID: \_\_\_\_\_

**2. Versorgung zu Hause nach dem ambulanten Eingriff**  
 Wer bringt Sie nach dem Eingriff nach Hause?  
 Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
 Durch wen ist Ihre Betreuung während der ersten 24 Stunde nach dem Eingriff gewährleistet?  
 Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
 Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
 Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer / FahrerIn zur Verfügung?  
 Nein     Ja

**3. Gesundheitszustand | Krankheiten**

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Waren Sie kürzlich in ärztlicher Behandlung? Wann und weswegen? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| b. Haben/Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Infekt, Fieber oder Erbrechen? (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Virus, o.ä.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| c. Besteht oder Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| d. Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen? (z.B. Schiffs- / Flugreisen) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

**4. Medikamente**  
 Nehmen Sie regelmäßig oder derzeit Medikamente ein? Wenn ja welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (ggf. Medikamentenplan)

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>5. Operationen</b>  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| a. Gab es frühere Operationen? Wann und woran?<br>_____<br>_____ |                               |                             |

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| b. Wurde eine Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung durchgeführt (z.B. Zahnarzt)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gab es dabei Komplikationen? Wenn ja, welche?<br>_____<br>_____                                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| War Ihnen früher bei Operationen übel oder mussten Sie erbrechen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| c. Wurden bei Ihnen schon einmal Blut / Blutbestandteile übertragen (Transfusion)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| d. Traten bei Blutsverwandten Probleme bei einer Anästhesie auf (z.B. hohes Fieber - maligne Hyperthermie bei/nach Narkose)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>6. Allergien</b>   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Allergien oder Überempfindlichkeit bei bestimmten Substanzen ( z.B. Nahrungs-, Betäubungs-, Schmerz-, Desinfektionsmittel, Pflaster, Jod, Latex)? Andere: _____ |                               |                             |

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>7. Gerinnung</b>  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| a. Besteht bei Ihnen oder Ihrer Blutsverwandtschaft eine Blutungsneigung / Gerinnungsstörung (z.B. blaue Flecken, Zahnfleischbluten, nach OP)? |                               |                             |

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| b. Besteht oder Bestand eine Gefäßerkrankung? (z.B. Krampfadern, Durchblutungsstörung, Aneurysma)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| c. Besteht oder Bestand ein Gefäßverschluss (Thrombose/Embolie)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>8. Akute/chronische Erkrankungen</b>  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| a. <b>Herzerkrankungen</b><br>(z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappen-, Herzmuskelerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen) |                               |                             |

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| b. <b>Kreislauf   Gefäßerkrankungen</b><br>(z. B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Thrombose, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen, Krampfadern) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| c. <b>Lungen   Atemwegserkrankungen</b><br>(z. B. Asthma bronchiale, chron. Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe / Schnarcher Krankheit, Stimmenband-, Zwerchfelllähmung) Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| d. <b>Lebererkrankungen</b><br>(z. B. Gelbsucht, Leberverfettung, -verhärtung, Gallensteine) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

|    |   |                                  |                                |     |   |                                  |                                |
|----|---|----------------------------------|--------------------------------|-----|---|----------------------------------|--------------------------------|
| e. | <b>Nierenerkrankungen</b><br>(z. B. Nierensteine, Nierenbeckenentzündung, Nierenentzündung)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | 9.  | <b>Haben Sie Implantate   Hilfsmittel</b><br>(z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Herzklappe, Stent, Gelenkprothesen, Kunststoffe, Metall, Silikon, Hörgerät, Kontaktlinsen / Brille) | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| f. | <b>Stoffwechselerkrankungen</b><br>(z. B. Gicht, Zuckerkrankheit)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | 10. | <b>Zustand   Besonderheiten der Zähne</b><br>(z.B. lockere Zähne, Veneers, Prothese, Brücke, Krone, Implantate)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| g. | <b>Schilddrüsenerkrankungen</b><br>(z. B. Unter- oder Überfunktion, Kropf, Hashimoto)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | 11. | <b>Gewohnheiten</b>   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| h. | <b>Speiseröhre, Magen, Darm</b><br>(z. B. Refluxkrankheit, Geschwür, Engstelle, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)  | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | a.  | Rauchen Sie? Was rauchen Sie und wie viel täglich?<br>_____   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| i. | <b>Augenerkrankungen</b><br>(z. B. grüner oder grauer Star)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | b.  | Trinken Sie Alkohol? Was trinken Sie und wie viel täglich?<br>_____   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| j. | <b>Nervensystem-, Gemüt- und Muskel-erkrankungen</b><br>(z. B. Muskelschwäche, Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Schlaganfall, Depressionen, häufige Kopfschmerzen, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose ) | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | c.  | Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Welche?<br>_____   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| k. | <b>Erkrankungen des Skelettsystems</b><br>(z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenks-erkrankungen, Schulter-Arm-Syndrom)   | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | d.  | Nahmen / nehmen Sie Drogen? Welche?<br>_____  | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
| l. | <b>Weitere bestehende Erkrankungen   Beeinträchtigungen</b><br>(z.B. Behinderungen, Osteoporose, chronische Schmerzen, Restless-Legs-Syndrom)<br>_____<br>_____<br>_____  | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja | 12. | <b>Sonstige wichtige Besonderheiten   Erkrankungen:</b><br>_____<br>_____<br>_____  | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |
|    |   |                                  |                                | 13. | <b>Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein?</b>  | <input type="checkbox"/><br>Nein | <input type="checkbox"/><br>Ja |

### Einwilligungserklärung

- Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden, und ich akzeptiere die Datenschutzerklärung.
- Die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Das Merkblatt für ambulante Narkosen habe ich erhalten und gelesen. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.
- Die genannte Begleitperson habe ich über den Inhalt des Merkblattes informiert.
- Alle mich interessierenden Fragen konnte ich während des Aufklärungsgesprächs stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

**Vermerke der/des Anästhesistin/en** \_\_\_\_\_ **zum Vorgespräch:**

Erörtert wurden u. a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe, mögliche Änderungen und Erweiterungen sowie:

---



---



---



---



---



---

**Geplante Narkoseart:**     Larynxmaske             Maskennarkose             Intubationsnarkose

Spezielles Verfahren: \_\_\_\_\_

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Für die vorgesehene Operation / Behandlung willige ich hiermit in eine Narkose ein.

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Folgendes Anästhesieverfahren lehne ich ab: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Arzt / Ärztin

Unterschrift Patient/in\*

\* Unterschrift des Patienten, Betreuers/Bevollmächtigten/Sorgberechtigten. 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.

Den abgetrennten Infoteil und die Datenschutzinformation hat der/die Patient/in erhalten.

Eine Kopie/einen Durchschlag dieses Anamnese- und Einwilligungsbogens hat der/die Patient/in erhalten.