

## Anästhesie-Einwilligung Erwachsene

Gültig ab: 04/2009

Version 02 / AB 8006

Seite 1 von 2

*Sehr geehrte Patientin !  
Sehr geehrter Patient !*

Die meisten Operationen und schmerzhaften **Untersuchungen** werden unter **Ausschaltung der Schmerzempfindung** vorgenommen. Das Anästhesieteam kann je nach Erfordernis eine **Vollnarkose** oder eine **örtliche Betäubung** anwenden.

Patientenetikette

**Ein Facharzt/eine Fachärztin für Anästhesie** wird Sie vor dem geplanten Eingriff **besuchen**, um mit Ihnen das für Sie am besten passende Anästhesieverfahren und eventuell mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen zu besprechen. Trotz sorgfältiger Vorkehrungen sind auch bei einer Narkose – selten, aber doch – unerwünschte „Nebenwirkungen“ (Zahnschäden, Heiserkeit ...) möglich.

**Da Ihre eigene Sicherheit von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben abhängt, beantworten Sie bitte den umseitigen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen!**

Ihre **Angaben** unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht**, sind jedoch für die Wahl des geeigneten Betäubungsverfahrens sowie die Dosierung der Medikamente von entscheidender Bedeutung! Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, das ärztliche Personal oder Pflegepersonal zu fragen!

Bitte essen Sie das letzte Mal 6 Stunden vor Ihrem geplanten Operationszeitpunkt. Sie können klare Flüssigkeiten ohne Fett und ohne feste Bestandteile (z.B. Wasser, Mineralwasser, Limonade, Tee, Pre-OP) bis zu 2 Stunden vor dem Operationszeitpunkt trinken, falls nicht anders vereinbart.

Sollten Sie rauchen, **verzichten** Sie bitte **24 Stunden vor der Operation auf Nikotin** – Sie können so selbst das Risiko von Lungenkomplikationen während und nach der Operation senken! Nach ambulanten Eingriffen in Narkose ist die **Reaktionsfähigkeit bis zu 24 Stunden stark beeinträchtigt**. Sie sollten daher nur in Begleitung nach Hause gehen und dürfen **kein Fahrzeug selbst lenken!**

### Einwilligungserklärung

Ich habe die mit **diesem Blatt erhaltenen Informationen, den Fragebogen** sowie die **Ausführungen des Anästhesiearztes/der Anästhesieärztin vollinhaltlich verstanden** und habe keine weiteren Fragen mehr.

**Ich willige in das bei mir geplante Anästhesieverfahren**

**Vollnarkose**

**örtliche Betäubung**

samt eventuell notwendigen Nebeneingriffen (Infusion, Bluttransfusion, zentraler Venenkatheter, Nachbehandlung, ...) ein und wurde über die daraus erwachsenen **Risiken ausreichend informiert**.

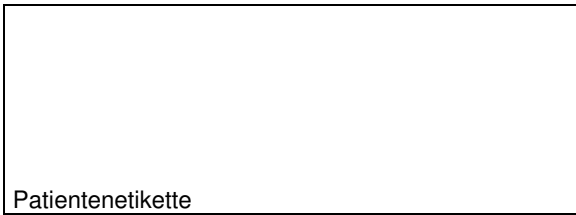
Mit zusätzlichen Maßnahmen, die sich aufgrund unvorhersehbarer Ereignisse ergeben, bin ich grundsätzlich einverstanden. Auf die Möglichkeit der Eigenblutspende wurde ich hingewiesen.

Ich habe Vorbehalte bezüglich: .....

Datum: ..... Unterschrift des Patienten/der Patientin: .....

Der Patient/die Patientin wurde zusätzlich aufgeklärt über: .....

Name und Unterschrift des Arztes/der Ärztin: .....



1. Alter (Jahre): ..... Größe: ..... Gewicht (kg): ..... Beruf: .....  
 Sportarten:  keine  ja, folgende: .....

## Ich

2. rauche:  nein  ja, und zwar ..... Zigaretten/Tag  
 trinke Alkohol:  nein  ja, und zwar ..... /Tag  
 bin schwanger:  nein  ja, und zwar .... Schwangerschaftswoche
3. nehme regelmäßig Medikamente:  nein  ja, und zwar .....  
*(auch Aspirin, Antibabypille...)*
4. hatte Operationen (Datum):  nein  ja, und zwar .....
5. hatte bei früheren Narkosen:  
 - Probleme:  nein  ja, und zwar .....  
 - Übelkeit/Erbrechen:  nein  ja
6. bin ständig oder manchmal in ärztlicher Behandlung:  nein  ja, wegen .....
7. bekam Bluttransfusionen:  nein  ja, Komplikationen.....
8. trage Zahnersatz:  nein  ja, und zwar .....
- habe schlechte oder lockere Zähne:  nein  ja
9. vertrage Obst/Süßigkeiten schlecht:  nein  ja
10. bin allergisch (Tierhaare, Medikamente...):  nein  ja, und zwar auf .....
11. vertrage bestimmte Medikamente nicht:  nein  ja, und zwar .....
12. leide oder litt an einer der folgenden Erkrankungen:
- a. Herz (Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler...)  nein  ja, und zwar .....
  - b. Kreislauf (Bluthochdruck, Kollapsneigung...)  nein  ja, und zwar .....
  - c. Gefäß (Krampfadern, Raucherbein, Schlaganfall...)  nein  ja, und zwar .....
  - d. Lungen (chron. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose...)  nein  ja, und zwar .....
  - e. Leber (Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose...)  nein  ja, und zwar .....
  - f. Nieren (Steinleiden, Prostataleiden...)  nein  ja, und zwar .....
  - g. Stoffwechsel (Diabetes, Gicht...)  nein  ja, und zwar .....
  - h. Muskel (Maligne Hyperthermie, Myasthenie, Polio...)  nein  ja, und zwar .....
  - i. Schilddrüsen (Kropf, m. Basedow...)  nein  ja, und zwar .....
  - j. Knochen (Rheuma, Coxarthrose, Wirbelsäule...)  nein  ja, und zwar .....
  - k. Nerven- oder Gemütsleiden  nein  ja, und zwar .....
  - (Multiple Sklerose, Depressionen...)*
  - l. Augenleiden (Grauer Star, Grüner Star...)  nein  ja, und zwar .....
  - m. Krebserkrankung  nein  ja, und zwar .....
  - n. Blut (Bluter, Anämie, Leukämie, AIDS...)  nein  ja, und zwar .....
  - o. Blutungen / Blutergüssen (blaue Flecken...)  nein  ja, und zwar .....
13. Ein Blutsverwandter hat(te):  
 eine Muskelerkrankung:  nein  ja  
 eine Bluterkrankung:  nein  ja  
 einen Narkosezwischenfall:  nein  ja