Dr. med. Alexander Lieb
Facharzt für Anästhesie / Notfallmedizin

Wird nur vom Arzt ausgefüllt!										
		ÜW			Geplantes OP - Datum:					
		Vers.			Eingriff:				L	R
		COK				LMA		ITN		
		HAB			Malampati	1	2	3	4	
	Cave:	LAB			Zahnstatus					
		EKG			1.				2.	
		BiCh			4.				3.	
		Allergien							PONV	

Fragebogen zur Vorbereitung einer ambulanten Narkose

Bitte aufmerksam lesen, ausfüllen, „JA“ / „Nein“ kennzeichnen, ggf. unterstreichen.

Bitte selbst ausfüllen: ➡	Alter	Größe	Gewicht	Erlernter Beruf	Schwerhörig?: Ja ☐ Nein ☐

1. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig / bedarfsweise **Medikamente** ein, die die **Blutgerinnung** beeinflussen (z.B.: ASS, Aspirin, Falithrom, Plavix, Iscover, Xarelto)? Welche:	Ja ☐ ↵	Nein ☐
2. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ***Wenn „Ja“, dann führen Sie hier bitte alle Medikamente namentlich auf:***	Ja ☐ ↵	Nein ☐
3. Haben Sie **Allergien**? Wenn „Ja“, dann führen Sie hier bitte ***alle*** bekannten allergischen Substanzen auf:	Ja ☐ ↵	Nein ☐
4. Hatten Sie schon **Operationen**? Wenn „Ja“, bitte Art der OP und das Jahr angeben:	Ja ☐ ↵	Nein ☐
5. Hatten Sie oder Ihre Blutsverwandten **Narkosen, bei denen Komplikationen** aufgetreten sind? Wenn „Ja“, welche:	Ja ☐ ↵	Nein ☐
6. Haben Sie oder Ihre Blutsverwandten **Blutgerinnungsstörungen** nach einfachen Verletzungen? (z.B.: Zahnfleischbluten, Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken)	Ja ☐ ↵	Nein ☐
7. Bestehen bei Ihnen **Herz-Kreislauf-Störungen** oder nehmen Sie deswegen Medikamente ein? z.B.: Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Angina pectoris (Herzschmerzen bei Belastung), Herzschrittmacher, Defibrillator, Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Luftnot beim Treppensteigen). Bitte zutreffende unterstreichen bzw. ergänzen:	Ja ☐	Nein ☐
8. Haben Sie Erkrankungen des **Atemsystems**? (z.B.: Asthma, Chronische Bronchitis, Schlafapnoe, chronischen Schnupfen) Bitte zutreffende unterstreichen bzw. ergänzen:	Ja ☐	Nein ☐
9. Haben Sie **Diabetes mellitus**? Wenn „Ja“: Diät Tabletten Insulin	Ja ☐ ↵	Nein ☐
10. Haben Sie **Schilddrüsenfunktionsstörungen**?	Ja ☐	Nein ☐
11. Haben Sie Erkrankungen der **Verdauungsorgane** (z.B.: Magen-Darm-Trakt, Leber, Gallensystem, Bauchspeicheldrüse)? Wenn ja, bitte zutreffende unterstreichen.	Ja ☐	Nein ☐

12. Haben Sie Erkrankungen der **Niere** oder des ableitenden **Harnsystems**? Wenn ja, welche:	Ja ☐	Nein ☐
13. Sind bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten **Erkrankungen der Muskulatur** (z.B.: Muskelschwäche), **Gemütsleiden** (z.B.: Depressionen) oder **Nervenleiden** (z.B.: Epilepsie, chronische Schmerzen, Lähmungen, Kopfschmerzen)vorhanden od. diagnostiziert worden? Wenn ja, welche:	Ja ☐ ↵	Nein ☐
14. Haben Sie **Augenleiden** (z.B.: Grüner Star, Grauer Star)? Bitte unterstreichen.	Ja ☐	Nein ☐
15. Haben Sie **andere Erkrankungen**, nach denen bisher nicht gefragt wurde?	Ja ☐ ↵	Nein ☐
16. Nur für **Frauen im gebärfähigen Alter**: Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	Ja ☐	Nein ☐

17.	Rauchen Sie? Ja☐ Nein☐	Trinken Sie Alkohol? Ja☐ Nein☐	Konsumieren Sie Drogen? Ja☐ Nein☐
18.	Nach dem Aufenthalt in der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis dürfen Sie nach Hause, müssen aber **für den Zeitraum von 24 Stunden nach der Narkose die Betreuung gewährleisten!**		
	Wer betreut sie in den ersten 24 h nach der Narkose, wenn Sie die Chirurgische Gemeinschaftspraxis verlassen?	Wo befinden Sie sich nach dem Eingriff (Adresse)?	Wie sind Sie in den ersten 24 h nach dem Eingriff erreichbar (Telefonnummer)?

Erklärung des Patienten, des Bevollmächtigten oder des Sorgerechtsbeauftragten

Hiermit erkläre ich, den Informationsteil zur Narkose erhalten und den Fragebogen nach bestem Wissen vollständig ausgefüllt zu haben.
Die Informationen zum Risiko und zu möglichen Komplikationen einer Narkose habe ich gelesen und verstanden.
Ich hatte ausreichend Zeit, über die mir schriftlich und mündlich gegebenen Informationen nachzudenken.
Mit dem Narkosearzt konnte ich alle mich interessierenden Fragen zur Narkose erörtern.
Die Verhaltenshinweise zur Vorbereitung (am OP-Tag nicht essen und bis 2 Stunden vorher trinken) werde ich einhalten. Mir ist bekannt, dass ich bei gegenteiligen Verhalten verpflichtet bin, den Narkosearzt zu informieren.
Mir ist bekannt, dass ein von mir nicht entferntes Piercing an Nase oder im / am Mund zu selbstverschuldeten lebensbedrohlichen Blutungen und Komplikationen führen kann.
Ich versichere, dass ich 24 Stunden nach der Narkose eine erwachsene Betreuungsperson habe und nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehme oder gefährliche Tätigkeiten ausübe.
Sollten zwischen dem Zeitpunkt der Narkoseaufklärung und dem Eingriff in Narkose gesundheitliche Veränderungen eingetreten sein, werde ich rechtzeitig den Narkosearzt informieren.

Treten während der Narkose oder des operativen Eingriffes Komplikationen auf, die in der Praxis nicht behandelt werden können, bin ich mit der Einlieferung in das nächste geeignete Krankenhaus einverstanden.

Eine Kopie dieses Fragebogens
(bitte zutreffendes kennzeichnen)
☐ habe ich erhalten ☐ benötige ich nicht.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Narkose für den umseitig genannten Eingriff. Die Einwilligung gilt ebenso bei einem verschobenen OP-Termin.

_____

Datum Unterschrift Patient

Vermerke des Narkosearztes:

_____

Datum Unterschrift Narkosearzt