



Wird <u>nur</u> vom Arzt ausgefüllt!	ÜW			Datum:					
	Vers.			Eingriff:					
	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	Erlerner Beruf	Schwerhörig?:	
					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
1. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig / bedarfsweise Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (z.B.: ASS, Aspirin, Falithrom, Plavix, Iscover, Xarelto)? Welche:					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig andere Medikamente (z.B.: wegen hohen Blutdrucks, Herzerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen) ein? Wenn „Ja“, dann führen Sie hier bitte <u>alle</u> Medikamente namentlich auf:					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Allergien ? Wenn „Ja“, dann führen Sie hier bitte <u>alle</u> bekannten allergischen Substanzen auf:					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie schon Operationen ? Wenn „Ja“, welche und wann:					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie oder Ihre Blutsverwandten Narkosen, bei denen Komplikationen aufgetreten sind? Wenn „Ja“, welche:					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie oder Ihre Blutsverwandten Blutgerinnungsstörungen nach einfachen Verletzungen? (z.B.: Zahnfleischbluten, Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken?)					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Haben Sie Erkrankungen des Atemsystems ? (z.B.: Asthma, Chronische Bronchitis, Schlafapnoe, chronischen Schnupfen) Bitte zutreffende unterstreichen.					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Diabetes mellitus ? Wenn „Ja“: Diät Tabletten Insulin					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie Schilddrüsenfunktionsstörungen ?					Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

11. Haben Sie Erkrankungen der Verdauungsorgane (z.B.: Magen-Darm-Trakt, Leber, Gallensystem, Bauchspeicheldrüse)? Wenn ja, bitte zutreffende unterstreichen.			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Erkrankungen der Niere oder des ableitenden Harnsystems ? Wenn ja, welche:			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> ↙	Nein <input type="checkbox"/>
14. Haben Sie Augenleiden (z.B.: Grüner Star, Grauer Star)? Bitte unterstreichen.			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Haben Sie andere Erkrankungen , nach denen bisher nicht gefragt wurde?			Ja <input type="checkbox"/> ↙	Nein <input type="checkbox"/>
16. Nur für Frauen im gebärfähigen Alter : Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17.	Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Trinken Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie Drogen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
18.	Wer betreut sie in den ersten 24 h nach der Narkose?	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 2 Stunden vorher nicht trinken) werde ich einhalten. Mir ist bekannt, dass ich bei gegenteiligen Verhalten verpflichtet bin, den Narkosearzt zu informieren.

Mir ist bekannt, dass 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.

Datum

Unterschrift Patient

Vermerke des Narkosearztes:

Datum

Unterschrift Narkosearzt