Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten

Fragebogen zur Vorbereitung einer
ambulanten Narkose für Kataraktoperationen

- Anästhesiepraxis Dr. med. Alexander Lieb -

OP - Datum:		
Katarakt	links	rechts

Bitte aufmerksam lesen, ***ausfüllen*** **(z.B. Medikamente)** ggf. unterstreichen und „JA“ / „Nein“ kennzeichnen.

Größe	Gewicht	Alter	Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen?	Ja ☐	Nein ☐

1. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig oder bedarfsweise **Medikamente** ein, die die **Blutgerinnung** beeinflussen z.B.: Ja ☐ Nein ☐

☐ ASS / Aspirin
☐ Falithrom / Marcumar
☐ Plavix® / Iscover® (Clopidogrel)
☐ Lixiana® (Edoxaban)
☐ Pradaxa® (Dabigatran)
☐ Eliquis® (Apixaban)
☐ Xarelto® (Rivaroxaban)
☐ andere

Datum / Uhrzeit letzte Einnahme:

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**? Ja ☐ Nein ☐
Wenn „Ja“: Diät Tabletten Insulin

10. Haben Sie **Schilddrüsenfunktionsstörungen**?	Ja ☐	Nein ☐
11. Haben Sie Erkrankungen der **Verdauungsorgane** (z.B.: Magen-Darm-Trakt, Leber, Gallensystem, Bauchspeicheldrüse)?	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 **andere Erkrankungen**, nach denen bisher nicht gefragt wurde?	Ja ☐ ↵	Nein ☐
15. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Infekt (Erkältung, Fieber, Lungenentzündung, Magen-Darm Probleme)?	Ja ☐ ↵	Nein ☐
16. Haben Sie „chronische“ Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV / AIDS, andere)?	Ja ☐ ↵	Nein ☐
17. Nur für **Frauen im gebärfähigen Alter**: Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	Ja ☐	Nein ☐

18.	Rauchen Sie? Ja☐ Nein☐	Trinken Sie Alkohol? Ja☐ Nein☐	Nehmen Sie Drogen? Ja☐ Nein☐

Erklärung des Patienten, des Bevollmächtigten oder des Sorgerechtsbeauftragten

Hiermit erkläre ich:

- den Informationsteil zur Sedierung und Regionalanästhesie, deren Risiken und möglichen Komplikationen gelesen zu haben;
- den Fragebogen nach bestem Wissen vollständig (Medikamente!) ausgefüllt zu haben;
- dass ich ausreichend Zeit hatte über die mir schriftlich gegebenen Informationen nachzudenken;
- dass ich mich bei offenen Fragen vor der Sedierung und Regionalanästhesie an den Narkosearzt wenden werde;
- dass ich die Verhaltenshinweise zur Vorbereitung einhalten werde;
- dass mir bekannt ist, das ich verpflichtet bin bei gegenteiligem Verhalten den Narkosearzt zu informieren;
- dass ich 24 Stunden nach der Regionalanästhesie unter Sedierung eine erwachsene Betreuungsperson habe und nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehme oder gefährliche Tätigkeiten ausübe;
- das ich mit der Einlieferung in das nächste geeignete Krankenhaus einverstanden bin, wenn während der Regionalanästhesie unter Sedierung oder des operativen Eingriffes Komplikationen auftreten, die in der Praxis nicht behandelt werden können.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Regionalanästhesie unter Sedierung für den umseitig genannten Eingriff.

_____

Datum Unterschrift Patient

Vermerke des Narkosearztes:

_____

Datum Unterschrift Narkosearzt