

Patienteninformationen

| | |
|--|--|
| | Alter |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Größe (cm) |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Gewicht (kg) |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Fragebogen

ja nein

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ärztliche Behandlung / in letzter Zeit / Grund ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Haben Sie eine Erkältung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Durchfall / Erbrechen / Übelkeit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Infektion ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Nehmen Sie andere Medikamente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Frühere Operationen ? / Eingriff und Jahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| Besonderheiten bei früheren Anästhesien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Hatten Blutsverwandte Probleme bei Anästhesien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger oder stillen Sie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie chronische Schmerzen - wo ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

Erkrankungen oder Anzeichen

ja nein

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Herz / Kreislauf / Gefäße / Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Atemwege / Lunge / Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Innere Organe / Leber / Magen / Darm / Niere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Blut / Blutgerinnung / Thrombosen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Gehirn / Nervensystem / Epilepsie / Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Stoffwechsel / Zuckerkrankheit / Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Muskulatur / Bewegungsapparat / Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Allergien, z.B. gegen Medikamente, Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Zähne: lockere Zähne / Implantate / Prothesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Weitere Erkrankungen / Besonderheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

Einwilligungsformular

Im Aufklärungsgespräch konnte ich alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden verständlich und vollständig beantwortet. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte habe ich nach besten Wissen beantwortet. Nach dem ambulanten Eingriff muss für 24 Stunden eine ununterbrochene Betreuung durch eine verständige Person sichergestellt sein.

geplantes Anästhesieverfahren

- Intubation Larynxmaske Regional peripher Überwachung (Stand by)
 Maske Peribulbär Regional spinal Analgosedierung

Besonderheiten Risiken

Einwilligung

In die vorgesehene und besprochene anästhesiologische Behandlung willige ich ein. Mit medizinisch erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens und erforderlichen Folge- und Nebeneingriffen bin ich einverstanden.

Folgende Maßnahmen lehne ich ab.

| | | |
|-------|------------|---------------|
| Datum | Patient/in | Ärztin / Arzt |
|-------|------------|---------------|