

Anaesthesie
Leitender Arzt:
Dr. med. B. Krotsch
Facharzt für Anaesthesie
Station: _____
Zimmer: _____
Arztwahl ja nein

Anamnesebogen und Einwilligungsformular für Erwachsene*

Liebe Patientin, lieber Patient!

Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun! Wundern Sie sich bitte nicht über die Zahl der Fragen, sondern bedenken Sie vielmehr, daß der Anaesthetist für die Schmerzfreiheit während der Operation und für die Überwachung und Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (Atmung, Herz und Kreislauf) zu sorgen hat.

Ihre Antworten sollen dem Anaesthetisten ein Bild über Ihren Gesundheitszustand vermitteln. Jede Frage bezieht sich auf bestimmte, zum Teil geringfügige Risiken (z. B. Zahnschäden, Venenreizungen). Auch bei gesundheitlicher Vorbelastung sind schwere Anaesthesiezwischenfälle (Herz, Kreislauf, Atmung, Nervensystem) sehr selten.

Unter Berücksichtigung Ihrer Antworten schlagen wir Ihnen das für Sie günstigste Anaesthesieverfahren vor.

Bestimmte Eingriffe können statt in Narkose in örtlicher Betäubung (Lokal-, Regionalanaesthesie) durchgeführt werden. Sie belastet im allgemeinen den Organismus nur wenig. Schwere Nervenschäden sind entgegen den Befürchtungen mancher Patient/innen auch bei rückenmarksnahen Regionalanaesthesien extrem selten.

Fragen Sie den Anaesthetisten bei seiner Visite, die auch Ihrer Aufklärung dienen soll, nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anaesthesie interessiert. Unterschreiben Sie bitte nach diesem Aufklärungsgespräch mit dem Arzt die Erklärung am Schluß dieses Fragebogens.

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit
in ärztlicher Behandlung? ja nein

2. Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

4. Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein
Wenn ja, weshalb und wann?

5. Haben Sie die Anaesthesie gut vertragen?
 ja nein
Wenn nein, welche Beschwerden?

6. Wurde Ihnen schon einmal Blut übertragen?
 ja nein
Sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten?
 ja nein

7. Werden oder wurden Sie bestrahlt?
 ja nein

*) Nach einer Empfehlung des Berufsverbandes Deutscher Anaesthetisten vom Juni 1978 (Anaesth. Inform 19 [1978], 245).

Erklärung des/der Patienten/in zum Aufklärungsgespräch

Herr/Frau Dr. _____ hat heute mit mir anhand meiner Antworten ein Aufklärungsgespräch über das Anaesthesieverfahren geführt. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen, insbesondere nach der Art des Verfahrens und seinen spezifischen Risiken, nach der Vor- und Nachbehandlung sowie etwaigen Nebeneingriffen, stellen.

Über Risiken und Komplikationen folgender Zusatzmaßnahmen wurde ich eingehend aufgeklärt.

1. Intubation (Zahnschaden, Kehlkopfläsion)
2. Bluttransfusion (Infektion, z. B. Hepatitis, AIDS, allergische Reaktionen)
3. Zentraler Venenkatheter (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Lungenverletzung, Thrombose)
4. Arterielle Blutdruckmessung (Infektion, Thrombose, Durchblutungsstörungen)
5. Periduralanaesthesie (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Querschnitt, Unverträglichkeitsreaktion [allergisch], Duraperforation)
6. Spinalanaesthesie (Infektion, Blutung, Nervenläsion, Querschnitt, Postspinaler Kopfschmerz, Harnverhalt)
7. Kontrollierte Hypotension (Durchblutungsstörungen lebenswichtiger Organe)
8. Magensonde
9. Haemodilution/intraoperative Autotransfusion
10. Blasenkatheter
11. Postoperative Nachbeatmung

Ich habe keine weiteren Fragen.

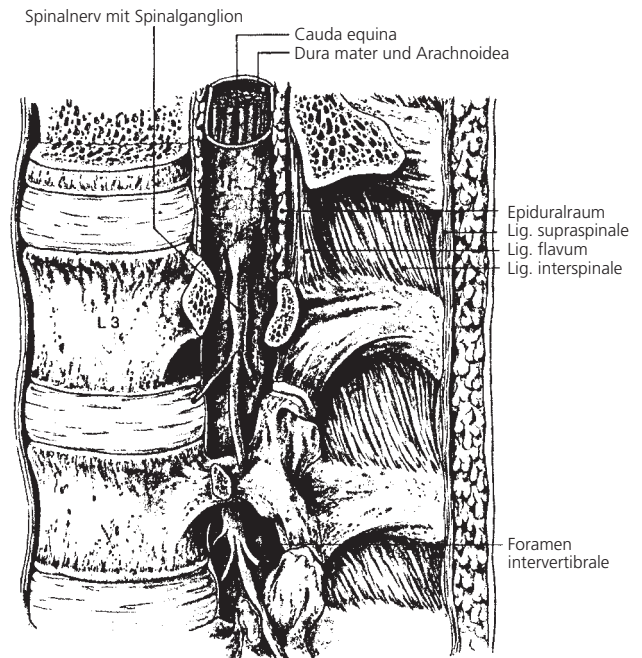


Abb. Lendenwirbelsäule:
Längsschnitt parallel und nahe zur Mittellinie.

Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit in eine Narkose/Regionalanaesthesie für folgenden Eingriff _____ sowie in die sie vorbereitende und begleitende Behandlung (z. B. Infusionen, Bluttransfusionen, Behandlung der Herz- und Lungenfunktion) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung ein. Ich bin mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen des Anaesthesieverfahrens einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Ich erkläre meine Einwilligung in die Narkose/Regionalanaesthesie für folgende weitere Eingriffe _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes, der die Einwilligungserklärung entgegennimmt

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Abschließender Befund des Anaesthesisten

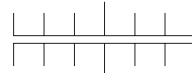
Blutgruppe	Rh-Fakt.	Anz. Kons.

Geplante Operation bzw. gegenw. Erkrankung _____

Präoperative Risiko-Checkliste

0	1	2	4	8	16	Pkt.	Befunde
Geplante Operation nicht dringlich	Geplante Operation, dringlich	Nicht geplante Op., dringlich	Soforteingriff				Blutdruck:
Oberflächenchirurgie	Extremitäteneingriff	Operation mit Eröffnung der Bauchhöhle	Operation mit Eröffnung von Thorax o. Schädel	Zweihöhleneingriff	Polytrauma/Schock		Herzfrequenz:
Alter 1-39 Jahre	0- 1 Jahre 40-69 Jahre	70-79 Jahre	> 80 Jahre				Temp.:
Voraussichtl. Op.-Zeit > 60 Min.	61-120 Min.	121-180 Min.	> 180 Min.				Hb.
Normgewicht ± 10%	10-15% Untergewicht	10-30% Übergewicht 15-25% Übergewicht	> 30% Übergewicht				Hkt:
Normotonie < 160, > 95 mm Hg	Behandelte Hypertonie (kontrolliert)	Unbeh. oder kurzfristig behandelte Hypertonie	Unbeh. Hypertonie				Kreatinin:
Herzleistung normal	Rekomp. Herzinsuff.	Angina pectoris			Dekomp. Herzinsuff.		Blutz.:
EKG normal	Mäßige EKG-Veränd.	Schrittmacher-EKG	Fehlend. Sinusrhythmus > 5 ventrik. Extrasyst.(Min.				Transam.:
Kein Herzinfarkt	Herzinfarkt > 2 Jahre	Herzinfarkt > 1 Jahr	Herzinfarkt > 6 Mon.	Herzinfarkt < 6 Mon.	Herzinfarkt < 3 Mon.		K:
Atmung normal	Obstruktion beh.	Obstruktion unbeh.	Bronchopulmonaler Infekt. Pneumonie	Restriktion	Manifeste Atemin. suffizienz; Cyanose		Na:
Laborwerte Leber normal	Laborwerte Leber leichte Veränderungen	Laborwerte Leber schwer. Veränderungen					Ges. Eiw.:
Laborwerte Niere normal	Laborwerte Niere leichte Veränderungen	Laborwerte Niere schwer. Veränderungen					Quick:
Laborw. SBH u. Elektr. normal	Laborw. SBH u. Elektr. leichte Veränderungen	Laborw. SBH u. Elektr. schwer. Veränderungen					Thrombocyten:
Hb > 12,5 g %	Hb 12,5-10,0 g %	Hb < 10,0 g %					Größe (cm):
						Anzahl Punkte	Gewicht (kg):

Risikogruppe	I	II	III	IV	V
Punkte	0-2	3-5	6-10	11-20	> 20

Zahnstatus 

Allergien: _____

Aktuelle Medikamente: _____

EKG: _____

Rö. Thorax: _____

M1	M2	M3	Allen-Test	re.
				li.

Besonderheiten: _____

Prämedikation

Datum	Uhrzeit	Art des Medikamentes	Dos (mg)	Appl.-Ort	Verabreicht von	Verabr. Uhr

Karlsbad, den _____
(Unterschrift des Anaesthesisten)

Karlsbad, den _____
(Unterschrift des Anaesthesisten)