



# Narkose im Norden

Facharztpraxis  
Anästhesie, spezielle Schmerztherapie,  
Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin

Dr. Björn Buttgerit  
Dr. Sven Carstensen  
Dr. Clemens Duyster  
Jürgen Fuchs  
Dr. Wolfgang Michelsen

Frau Schatzmann  
Dr. Gunnar Tröger  
in Kooperation mit  
Dr. Angelika Stürzebecher

Nachname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Beruf: .....

Größe (cm): ..... Gewicht (kg): .....

## Zu Ihrem Gesundheitszustand (zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Wegen welcher Erkrankungen?  
.....

2. Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  ja  nein

3. Nahmen/Nehmen Sie zuhause regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?  
.....  
.....

Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen (z.B. ASS, Aspirin, Marcumar, Ticlopidin, Plavix, Thrombosespritzen)?  ja  nein

4. Bitte geben Sie frühere Operationen an:

| Jahr  | Eingriff |
|-------|----------|
| ..... | .....    |
| ..... | .....    |

5. Hatten Sie bei Operationen Beschwerden nach der Narkose oder Regionalanästhesie?  ja  nein

Wenn ja, welche?  
.....

Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einem Narkoseverfahren?  ja  nein

6. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen?  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

## Ihre Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?  ja  nein

## Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

7. Herzerkrankungen: z.B. Atemnot bei Belastung, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung?  ja  nein

8. Kreislauferkrankungen: Erhöhter oder niedriger Blutdruck?  ja  nein

9. Gefäßerkrankungen: Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Embolien?  ja  nein

10. Lungen- und Atemwegserkrankungen: z.B. bei Kindern Pseudokrapp, Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenüberblähung, Asthma, chronische Bronchitis?  ja  nein

11. Lebererkrankungen: z.B. Leberverhärtung, Hepatitis?  ja  nein

12. Nierenerkrankungen: z.B. Niereninsuffizienz?  ja  nein

13. Erkrankungen des Verdauungstraktes: z.B. Sodbrennen, Magen-, Darmerkrankung?  ja  nein

14. Stoffwechselerkrankungen: z.B. Zuckerkrankheit?  ja  nein

15. Schilddrüsenerkrankungen: z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion?  ja  nein

16. Augenerkrankungen: z.B. grüner Star (Glaukom), Kontaktlinsen?  ja  nein

17. Nerven-, Gemütsleiden: z.B. Depressionen, Ängste bei Kindern, Fieberkrämpfe, Epilepsie, Lähmungen?  ja  nein

18. Erkrankungen des Skelettsystems: z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Gelenkerkrankungen?  ja  nein

19. Gab oder gibt es Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihnen / Ihren Blutsverwandten?  ja  nein

20. Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung?  ja  nein

.....  
21. Sonstige Besonderheiten, z.B. Piercings, Hörgerät, Herzschrittmacher, Gelenkersatz, Impfungen, Unfälle:  
.....

22. Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen)?  ja  nein

23. Haben Sie lockere Zähne?  ja  nein

24. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen: z.B. Neigung zu Blutergüssen, häufiges Nasenbluten  ja  nein

25. Allergien / Unverträglichkeiten:  ja  nein

Wenn ja, welche?  
.....  
.....

**Bitte fragen Sie**

die Narkoseärztin / den Narkosearzt nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Narkose interessiert. Sie / Er wird Ihnen auf Ihren Wunsch auch Auskunft über seltene und seltenste Risiken geben.

**Einwilligungserklärung**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Erörtert wurden das geplante Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationen der Betäubungsverfahren, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff, etwaige Neben- und Folgeeingriffe. (z.B. Infusionen, Bluttransfusionen, Hämodilution, künstliche Blutdrucksenkung, zentraler Venenkatheter, Blasenkatheeter, PCA-Pumpe, anästhesiologische Nachbehandlung).

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige ein, dass die Operation  links  rechts

..... Termin: .....

- in Vollnarkose  in Sedierung
- in Spinalanästhesie (SPA)  in Regionalanästhesie durchgeführt wird.

**Der / die Patient/in wurde aufgeklärt über:**

- Zahnschäden, Kehlkopfverletzung
- Halsschmerzen, Heiserkeit
- Nüchternheitsgebot
- Übelkeit, Erbrechen, Aspiration
- Blutdruck- und Pulsschwankungen
- allergische Reaktionen
- Hämodilution
- Cell-saver
- Transfusion, Infektionsrisiko
- Urin-Dauerkatheter
- .....

**Begleiterscheinungen, Risiken und Komplikationen wurden erörtert:**

- Verletzung von Blutgefäßen, Blutung, Blutergüsse
- Infektionen, Venenentzündung, Blutvergiftung
- Verletzung von Nerven, vorübergehende, seltenst dauerhafte Nervenschädigung, Missempfinden, Lähmung, Querschnittslähmung (bei SPA / PDK)

**Ich willige ein, dass folgendes Verfahren zur Schmerzbehandlung durchgeführt wird:**

- Periduralkatheter (PDK)
- Nervus-Femoralis-Katheter
- Ischiadikus-Katheter (distal)
- Arm-Plexus-Anästhesie (axillär / infraklavikulär)
- Interskalenäre Plexus-Anästhesie
- .....

**Nach SPA / PDK:**

- vorübergehende, seltenst dauerhafte Beeinträchtigung der Blasen- und Darmfunktion
- länger anhaltende Kopfschmerzen

**Nach infraklavikulärer oder interskalenärer Plexus-Anästhesie:**

- Luftnot bei Pneumothorax, Einlegen einer Saugdrainage
- Luftnot bei Phrenikusparese
- Horner-Syndrom
- Heiserkeit bei Recurrensparese

Mit medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens, insbesondere mit dem Übergang einer geplanten Regional-/Lokalanästhesie zur Narkose sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden. Gleichzeitig erkläre ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten an Krankenkassen bzw. privatärztliche Verrechnungsstellen.

Möchten Sie eine Kopie dieses Dokumentes und des Informationsbogens?  ja  nein

.....  
Ort, Datum, Uhrzeit  Anästhesist/in

.....  
Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r \*

**Zusatzfragen für ambulante Eingriffe**

1. Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon

2. Wer betreut Sie in dieser Zeit ständig?

.....  
Name und Alter

Ich / wir habe(n) das Patienten-Merkblatt zur ambulanten Anästhesie vollständig gelesen und versichere/n die Anweisungen einzuhalten sowie bei Gesundheitsstörungen sofort den Arzt zu verständigen.

.....  
Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r \*

\* unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.