

# A1

## Informationsblatt Anästhesie zum Verbleib beim Patienten

Ihr Termin zur Operation:

Ihr Termin zum Aufklärungsgespräch:

Bitte mitbringen:

EKG

Röntgenbilder

Laborwerte

Anamnesebogen ausgefüllt

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen oder Ihrem Kind soll eine Operation oder ein diagnostischer Eingriff durchgeführt werden. Durch den Einsatz modernster Anästhesie- und Überwachungstechniken kann heutzutage in fast allen Bereichen der operativen und diagnostischen Medizin eine für den Patienten sichere und schonende Schmerzausschaltung durchgeführt werden. Dabei ist besonders wichtig, daß sowohl Sie als auch Ihr Anästhesist über eventuelle Risikofaktoren informiert sind. Aus diesem Grund führen wir ein Narkoseaufklärungsgespräch durch, in dem wir gemeinsam mit Ihnen das für Sie geeignetste Narkoseverfahren auswählen und Sie die Gelegenheit haben, Fragen und Probleme mit uns zu besprechen.

Die Informationen des Fragebogens dienen der Vorbereitung zu diesem Aufklärungsgespräch. Bitte lesen Sie sie aufmerksam durch und bringen Sie bitte den ausgefüllten Anamnesebogen (A2), sowie eventuell angeforderte Untersuchungsbefunde (z.B. EKG, Labor, Röntgenbilder) zu diesem Gespräch mit.

Bitte vergessen Sie Ihre Versicherungskarte nicht.

### Vor dem Eingriff:

#### • Essen und Trinken

Sie können bis 6 Stunden vor dem Eingriff eine leichte Mahlzeit und bis 2 Stunden vor dem Eingriff klare Flüssigkeit zu sich nehmen (kein Orangensaft, keine Milch). Bei Kleinkindern ist eine Milchmahlzeit bis 4 Stunden vor dem Eingriff gestattet.

Kinder **sollten** bis 2 Stunden vor OP trinken, um einen Flüssigkeitsmangel zu vermeiden.

#### • Rauchen

Bis 2 Stunden vor OP erlaubt.

#### • Medikamente

Herz- und Blutdruckmedikamente mit etwas Wasser zur gewohnten Zeit einnehmen, andere Medikamente nur nach Absprache.

Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. ASS, Heparin, Marcumar) und Medikamente zur Blutzuckersenkung (z.B. Metformin, Insulin) nur nach Rücksprache.

#### • Sonstiges

Kontaktlinsen, herausnehmbaren Zahnersatz, Ringe, Schmuck, künstliche Haarteile ablegen, gründlich duschen oder baden, Zähne putzen, bequeme Kleidung (T-Shirt, Badeschuhe) mitbringen.

### Nach dem Eingriff:

Auf Grund der zum Teil die Wahrnehmung und das Bewusstsein verändernden Medikamente dürfen Sie für 24 Stunden nach der Narkose:

- **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen** (auch nicht als Fußgänger) und
- **keine wichtigen Entscheidungen treffen.**

Bei ambulanten Eingriffen muss die Abholung durch eine Begleitperson sowie eine häusliche Betreuung sichergestellt sein.

Anästhesie-Notruf  
bis 24 Stunden  
nach dem Eingriff:

**0160 9389 2936**



# A2

## Anamnese - und Prämedikationsbogen

Bitte zum Prämedikationsgespräch  
ausgefüllt mitbringen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Der Eingriff ist geplant für den:

Datum

Alter:

Geschlecht:

Größe:

weiblich

Gewicht:

männlich

1. Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich  
behandelt? Wenn ja, weswegen?  nein  ja

Besteht eine Erkältung ?  nein  ja

Hatten Sie Durchfall / Erbrechen in den  
letzten 4 Wochen?  nein  ja

Liegt eine andere Infektion vor?  nein  ja

2. Nehmen Sie Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?  nein  ja

3. Hatten Sie frühere Anästhesien /  
Vollnarkosen? Wenn ja, zu welchen  
Operationen und wann?  nein  ja

4. Hatten Sie Beschwerden bei früherer  
Anästhesie? Wenn ja, welche?  nein  ja

Gibt es Narkose-Besonderheiten bei  
Blutsverwandten?  nein  ja

5. Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  nein  ja

6. Wurden schon einmal Blut- oder Blut-  
bestandteile (Transfusion) übertragen?  nein  ja

Wenn ja, wann?

Gab es Komplikationen?  nein  ja

7. Leiden oder litten Sie an einer Erkrank-  
ung der folgenden Organe oder Organ-  
systeme?

Herz / Kreislauf:  nein  ja

(Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina  
pectoris, , hoher oder niedriger Blutdruck,  
Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Atem-  
not beim Treppensteigen)

Gefäße:  nein  ja

(Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungs-  
störungen)

Atemwege / Lunge:  nein  ja

(chronische Bronchitis, Lungenblähung,  
Lungenentzündung, Asthma, TBC, Schlaf-  
apnoe oder starkes Schnarchen)

Leber:  nein  ja

(Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber,  
Gallensteine)

Nieren:  nein  ja

(erhöhte Nierenwerte, Steine, Dialyse-  
pflicht, Nierenentzündungen)

Speiseröhre, Magen, Darm:  nein  ja

(Sodbrennen, saures Aufstossen, Magen-  
schleimhautentzündung, chronische Darm-  
erkrankung)

**Stoffwechsel:**  
(Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht)  nein  ja

**Schilddrüse:**  
(Über- oder Unterfunktion)  nein  ja

**Skelettsystem:**  
(Gelenkerkrankungen, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom)  nein  ja

**Nerven / Gemüt:**  
(Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen)  nein  ja

**Augen:**  
(Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen)  nein  ja

**Blut:**  
(Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken ohne besonderen Anlass)  nein  ja

**Muskeln:**  
(Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, Veranlagung zur Malignen Hyperthermie)  nein  ja

**Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten?**  nein  ja

**Allergie / Überempfindlichkeiten:**  
(Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Jod, Pflaster, Latex, Metall)  nein  ja

**8. Andere Erkrankungen:**  
Wenn ja, welche?  nein  ja

---

---

**9. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?**  nein  ja

**10. Sind Sie schwerhörig?**  nein  ja

**11. Haben Sie lockere Zähne oder Karies?**  
Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone)?  nein  ja

**12. Rauchen Sie?**  
Wenn ja, was und wieviel rauchen Sie täglich?  nein  ja

---

---

**13. Konsumieren Sie Alkohol?**  
Wenn ja, was und wieviel?  nein  ja

---

---

**14. Nehmen Sie regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?**  nein  ja

**15. Nehmen Sie Drogen?**  
Wenn ja, welche?  nein  ja

---

---

Ich wurde heute über das für den Eingriff notwendige geplante Narkoseverfahren sowie mögliche Alternativen aufgeklärt und auf allgemeine und spezielle Risiken hingewiesen.

In einem Aufklärungsgespräch mit Dr.  konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Umfang der Narkose sowie möglichen Komplikationen stellen.

Den Informationsbogen zur Narkose habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde auf folgende in meiner Person begründete besondere Risiken / Erschwernisse für die Betäubung hingewiesen:

- Herz-Kreislaufkrankung
- Übergewicht
- Lungen-/ Atemwegserkrankung
- Nikotinabusus
- Alkoholabusus

Mit der besprochenen Narkoseform sowie der dazugehörigen Vor- und Nachbehandlung bin ich **einverstanden**. Sollten während der Narkose unvorhergesehene Schwierigkeiten auftreten, stimme ich einer notwendigen Änderung des Narkoseverfahrens zu.

#### Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Datum

Arzt

Patient

#### Patientenerklärung bei ambulanten Eingriffen:

- Ich bin mit der Narkoseaufklärung am OP-Tag einverstanden und verzichte auf eine 24-stündige Bedenkzeit.
- Hinweise zum Verhalten nach ambulanten Eingriffen habe ich gelesen und verstanden und werde sie befolgen.
- Die Abholung und häusliche Betreuung während der ersten 24 Stunden ist gewährleistet.

Name der Betreuungsperson:

Telefonnummer:

Datum

Arzt

Patient

# A3

## Behandlungsvertrag für Privatpatienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Straße

PLZ

Ort

Versicherungsnummer

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die für die lt. Einwilligungserklärung geplante Operation notwendige Anästhesie wird durch das AETHERWERK-BERLIN, Gemeinschaftspraxis für Anästhesie, Dr. med. C. Friedel und Dr. med. C. Carl, nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Sie kann auch durch eine mit dem AETHERWERK-BERLIN vertraglich verbundene Fachärztin / Facharzt für Anästhesiologie erbracht werden. Grundlage der Honorarabrechnung ist die letztgültige Fassung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), solange nichts anderes vereinbart wird (siehe unten).

Nach Erbringung der Leistung erhält die Patientin / der Patient eine Rechnung entsprechend § 12 GOÄ. Die Patientin / der Patient ist verpflichtet, die in der Rechnung aufgeführten Kosten dem Leistungserbringer in vollem Umfange zu erstatten, unabhängig davon, ob eine gesetzliche oder private Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger die Kosten in gleicher Höhe rückerstattet. Auslagen wie Materialien und Medikamente werden entsprechend der tatsächlichen Kosten ebenfalls in Rechnung gestellt, sofern der Eingriff ambulant durchgeführt wird.

Datum

Patient

Arzt

### Einverständniserklärung zum Ausschluss der GOÄ

Unter Ausschluss der GOÄ erkläre ich mich mit der pauschalen Vergütung der Anästhesieleistung für den Eingriff lt. Einwilligungserklärung (z.B. „Wunschnarkose“ zur Zahnbehandlung) einverstanden.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Kostenerstattung der Kostenträger (Krankenkasse) die Rechnung nicht oder nicht vollständig erstattet. Die Pauschale umfasst alle die für die übliche Durchführung der Anästhesie nötigen ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie die benötigten Medikamente und Materialien und beträgt:

- pauschal oder  Euro
- für die erste Anästhesie-Stunde und  Euro
- für jede weitere begonnene halbe Anästhesie-Stunde  Euro

### Einverständniserklärung gemäß Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der eventuellen Abtretung meiner Privatabrechnung und der Weitergabe der dafür notwendigen Daten an die Firma Lipke&Lipke, Institut für medizinisches Abrechnungsmanagement GbR, Maximiliankorso 64, 13465 Berlin, einverstanden.

Datum

Patient

Arzt

Datum

Patient

Arzt