

Narkosefragebogen

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen

Name: _____ Vorname _____
 Geb.- Datum: _____
 PLZ, Wohnort _____ Tel: _____
 Straße, Hausnr.: _____
 Krankenkasse: _____ gesetzl: _____ privat: _____
 Private Zusatzversicherung: _____

**Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen
 bzw. ergänzen**

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit? ja nein wegen _____

Besteht z. Z eine Erkältung? ja nein

Liegt eine andere Infektion vor? ja nein

2. Einnahme von Medikamenten in den letzten Tagen oder Wochen? ja nein welche _____

3. Früherer Operationen? ja nein _____

4. Beschwerden nach einer früheren Narkose / örtliche Betäubung? ja nein Welche _____
 Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit der Anästhesie auf? ja nein

5. Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ja nein

6. Wissen Sie oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere Erkrankungen?

Herz/Kreislauf: z. B. Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelerkrankungen, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen ja nein

Gefäße: z. B. Krampfader, Thrombosen, Durchblutungsstörungen ja nein

Atemwege/Lunge: z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung ja nein

Leber: z. B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine ja nein

Nieren: z. B. erhöhte Kreatinwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierenstein ja nein

Speiseröhre, Magen, Darm: z. B. Geschwür, Engstelle, Sodbrennen ja nein

Stoffwechsel: z. B. Zuckerkrankheit, Gicht ja nein

Schilddrüse: z.B. Unter-/Überfunktion, Kropf ja nein

Skelettsystem: z. B. Gelenkerkrankungen, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom ja nein

Nerven/Gemüt: z. B. Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen ja nein

Augen: z. B. Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinse ja nein

Blut: z. B. Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, auch ohne Verletzungen ja nein

Muskeln: z. B. Muskelschwäche ja nein

7. Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten bekannt? ja nein

Allergie: (z. B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Jod, Pflaster, Latex ja nein

Andere hier nicht genannte Erkrankungen ja nein

welche _____

8. Sind bei Ihnen übertragbare Erkrankungen bekannt, wie z. B. Hepatitis, Geschlechterkrankungen oder AIDS? ja nein welche _____

9. Lockere Zähne? ja nein Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone) ja nein

wird vom Narkosearzt ausgefüllt
 fehlender Zahn : 0
 lockerer Zahn : X 4 3 2 1 1 2 3 4
 Prothese : P 4 3 2 1 1 2 3 4

10. Raucher/in? ja nein Wann ja, was und wieviel täglich? _____

11. Alkoholkonsum: nie selten regelmäßig

12. Häufige Einnahme von Schlaf- od. Betäubungsmitteln? ja nein Einnahme von Drogen? ja nein welche _____

13. Besonderheiten: _____

Einwilligungserklärung

Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herr Dr. _____ wurden u. a. erörtert das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe, (z. B. Wahrscheinlichkeit einer Bluttransfusion, Möglichkeit einer Eigen-Blutspende).
 Den für mich bestimmten Informationsteil habe ich erhalten und gelesen, die empfohlenen Verhaltensweise beachtet. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
 Nach gründlicher Überlegung willige ich ein In Intubationsnarkose (Larynxmaske/Tubus) spezielles Verfahren _____
 i folgenden Eingriff: _____
 Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden. Ich habe keine Fragen mehr
 Anmerkungen des Anästhesisten

 Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigter/ Betreuer

Datum

 Unterschrift Ärztin/Azt



Praxis
Dr. med. Michael Moraldo
Facharzt für Orthopädie

Adresse: Raphaelsklinik (1. Etage)
 Loerstraße 23
 D-48143 Münster

OP-Zentrum Südlinikum
 Marktallee 11
 D-48165 Münster

Telefon: +49 251 - 48 40 43-0

+49 2501 - 270 31

Telefax: +49 251 - 48 40 43 43

+49 2501 - 76 43

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!
Im Rahmen der Narkosevorbereitung bitten wir Sie,
uns folgende Informationen und Befunde mitzuteilen.

Name: _____ Frühere Narkosen und evtl. Komplikationen: (z. B. Intubationserschwerung, Kreislaufstillstand, verlängerte Wirkung von Narkotika und Muskelrelaxantien)	Geburtsdatum: _____ _____ _____
Schwere allgemeine Erkrankungen oder sonstige narkose- relevante Befunde: _____ _____ _____	Dauermedikation: _____ _____ _____
Aktuelle Befunde: Blutdruck/Herzfrequenz: _____ Laboruntersuchungen erhoben am: _____ Ery: _____ Leuko: _____ Thrombo: _____ Hb: _____ Hk: _____ Kalium: _____ Kreatinin: _____ Gamma-GT: _____ Cholinesterase: _____ Quick: _____ PTT: _____	Nur bei Patienten über 70 Jahren oder bekannten pulmonalen Erkrankungen Lungenfunktionstest und/oder evtl. Röntgen-Thorax vom: _____ _____ _____ Nur bei Patienten über 50 Jahren oder bekannten cardialen Erkrankungen (art. Hypertonus, Arrhythmien, Cardiomyopathie) EKG-Befund vom: _____ _____ _____
	Für die Mitgabe der Originale/Kopie wären wir Ihnen dankbar. Die Befunde werden dem Patienten postop. wieder ausgehändigt.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Bitte teilen Sie der Patientin bzw. dem Patienten mit, das sie/er 6 Stunden vor dem Eingriff nicht mehr essen, und rauchen darf und eine Begleitperson zum OP-Termin mitbringen muss. Orale Antidiabetika bitte 48 Std vorher absetzen. Antihypertensiva am OP-Tag weiter einnehmen. Bis 2 Stunden vor dem Eingriff max. 150 ml klare Flüssigkeit. Die Rückseite des Formulars lassen Sie bitte vom Patienten ausfüllen. </div>	Stempel
Datum: _____	Unterschrift: _____