

9. **Lockere Zähne, Karies, Parodontose?** n j
Zahnersatz (Prothese, Brücke, Krone, Implantat)? n j
 Anmerkungen des Arztes: _____
10. **Rauchen** Sie? n j
 Wenn ja, was und wie viel täglich? _____
11. Trinken Sie **Alkohol**? n j
 Wenn ja, was und wie viel täglich? _____
12. Nehmen Sie oder haben Sie **Drogen** genommen? n j
13. Für Patientinnen: Könnten Sie evtl. **schwanger** sein? n j
Stillen Sie? n j
14. Haben Sie eine **Patientenverfügung**? n j

ZUSATZFRAGEN FÜR AMBULANTE EINGRIFFE

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

Straße, Hausnummer, Ort _____
Telefonnummer _____
2. Wer ist in diesen 24 Stunden Ihr ständiger Betreuer?

Name und Alter _____
3. Wie weit ist das nächste Krankenhaus/die nächste Notfallpraxis von Ihrem Aufenthaltsort entfernt?
 _____ **km, Fahrtdauer:** _____
4. Könnten Sie schnell dorthin gebracht werden? n j

Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

Hinweise für die Ärztin/den Arzt: Bitte zutreffende Textstellen unterstreichen und ggf. individuellen Text handschriftlich ergänzen.

Vermerke der Ärztin/des Arztes (Name) _____ zum Aufklärungsgespräch:

Näher erörtert wurden v.a.: das geplante Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, Risiken u. mögliche Komplikationen der Betäubungsverfahren, eventueller Übergang zu einem anderen Betäubungsverfahren, Sedierung, Analgesie, etwaige Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen von Kathetern, Bluttransfusion, Eigenblutspende), Verhaltenshinweise. Bitte insbesondere die Aufklärung über risikohöhere Besonderheiten dokumentieren, die sich aus Vor- u. Begleiterkrankungen od. speziellen Lebensumständen (z.B. Beruf des Patienten) sowie aus der Ablehnung einzelner Verfahren/Maßnahmen ergeben können, und ggf. spezielle Ergänzungen des Info-Teils vermerken.

Hinweis für die Ärztin/den Arzt: Vorgesehene(s) Betäubungsverfahren bitte unbedingt ankreuzen.

- Narkose:** Intravenöse Narkose Maskennarkose Larynxmaske Intubationsnarkose
- Spinalanästhesie** **Periduralanästhesie (PDA):** thorakal lumbal kaudal
- Armplexusanästhesie:** axillär vertikal infraklavikulär supraklavikulär interskalenär
- Anderes Anästhesieverfahren:** _____
- Gabe eines Beruhigungs- und/oder Schmerzmittels („Dämmer Schlaf“/Analgesiedierung)**
 Eingriff und Betäubungsverfahren sind **ambulant** vorgesehen.

Erklärung des Patienten zur Aufklärung und Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in das/die oben vermerkte(n) Betäubungsverfahren ein.

Mit sich während des Eingriffs als medizinisch notwendig erweisenden Änderungen oder Erweiterungen sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Aufbewahren erhalten.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/
Sorgeberechtigte*

Ärztin/Arzt

* 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.

Perforationslinie zum Abtrennen ↑