

⚠ Anästhesiologische Aufklärung und präoperative Befunderhebung

Liebe/r Patient/in,

bei Ihnen ist eine operative Behandlung geplant, wobei Sie durch unser Team anästhesiologisch versorgt und betreut werden. Sie erhalten den OP-Termin und die anästhesiologischen Fragen- und Informationsbögen vom Operateur (bitte ggf. nachfragen, wenn diese Ihnen nicht ausgehändigt wurden). Diese Zettel lesen Sie bitte aufmerksam und vollständig durch und beantworten dann zu Hause die Fragen. Im Rahmen des Prämedikations- / Aufklärungsgesprächs können wir dann Ihre speziellen Fragen und Wünsche genau klären und besprechen.

Da das Anästhesiegespräch rechtzeitig erfolgen soll, möchten wir Ihnen anbieten, einen Termin in unserer Praxis für das Aufklärungsgespräch zu vereinbaren. Sollten Sie Ihrerseits jedoch mit einer kürzeren Bedenkzeit einverstanden sein, führen wir auch gerne am Tag der Operation das Aufklärungsgespräch mit Ihnen durch. Selbstverständlich haben Sie dann immer noch die Möglichkeit, der Durchführung von Anästhesiemaßnahmen zu widersprechen bzw. mehr Bedenkzeit einzufordern. Für das Vorgespräch bringen Sie bitte etwaige Befunde Ihres Haus- oder Facharztes, sowie Krankenhausbriefe der jüngeren Zeit zur Kenntnisnahme mit. Grundsätzlich ist eine telefonische Aufklärung möglich; Näheres dazu bespricht der Kollege mit Ihnen im persönlichen Telefonat. Mit der Unterschrift auf diesem Schreiben bestätigen Sie die Kenntnisnahme der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Anästhesieaufklärung und erklären sich mit der Prämedikation und Aufklärung direkt am OP- Tag – wenn durchgeführt – einverstanden.



Checkliste zur OP:

Datum: _____ Unterschrift: _____



-  Bei bekannten Vorerkrankungen / einer bestehenden Dauermedikation oder einem Lebensalter über 50 Jahren benötigen wir einen Bericht von Ihrem Hausarzt – **Seite 2 / Termin vereinbaren**
-  Kommen Sie bitte **nüchtern** zur OP → 6 Stunden vor der OP nichts essen (auch kein Kaugummi), und maximal bis zu 2 Stunden vor der OP wenig – klare, kohlenstofffreie - Flüssigkeit trinken (z.B. ein Glas Wasser / Tee / schwarzer Kaffee – ! keine Milch !).
-  Rauchen Sie **nicht** vor der Narkose
-  Medikamente, die Sie morgens einnehmen müssen, bringen Sie bitte mit zur OP. **Diabetiker:** Metformin darf am OP Tag nicht eingenommen / Kein Insulin am Morgen vor der OP. **Asthmatiker** bringen Ihre Asthmasprays bitte mit zur OP. **Bei Bluthochdruck** nehmen Sie bitte Ihre Blutdrucksenker wie üblich mit einem kleinen Schluck Wasser ein.
-  Tragen Sie bequeme Kleidung. Die Ärmel sollten sich bis zum Ellenbogen hochschieben lassen.
-  Eine Person muss Sie für 24 Stunden nach der Narkose betreuen bzw. in Rufnähe sein.
-  24 Stunden nach der Narkose ist die selbstständige Teilnahme am Straßenverkehr nicht erlaubt.
-  Informieren Sie Ihren Anästhesisten immer über vorhandenen Zahnersatz vor einer Vollnarkose.

Wichtige Dokumente die Sie **ausgefüllt** zur OP mitbringen müssen:

1. Diesen Zettel **1** + **den Befundbericht** vom Hausarzt. **2** (ggf. mit Labor / EKG / Ihren aktuellen Medikamentenplan) + Die **Datenschutzerklärung** der Anästhesie **3**
2. Den **ausgefüllten Narkose - Aufklärungsbogen** (gelber Rand für Vollnarkosen / bei örtlicher Betäubung ggf. blauer Rand)
3. **Privatpatienten** müssen zusätzlich den PVS Zettel unterschreiben. 
4. **Selbstzahler** ohne Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse bekommen vor der Narkose einen Kostenvoranschlag (Dieser kann je nach Eingriff und geplanter OP Zeit variieren – Ihr Narkosearzt hilft Ihnen bei Rückfragen)



Die 2. Seite bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen!

MVZ Dr. Schopoti und Kollegen GmbH
Fachärzte für Anästhesie / spezielle Schmerztherapie
Südstrasse 20 - 59065 Hamm → Tel.: 02381-914815 // Fax: 02381 - 914816
Wittekindstrasse 105 - 44139 Dortmund → Tel.: 0231-2063947 // Fax: 0231 - 2063961
Ostwall 1 – 44135 Dortmund → Tel.: 0231-575722 // Fax: 0231 - 2063961



2

3

4



Patientendaten

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

zur ambulanten Vorbereitung bitten wir Sie, die nach Ihrer Auffassung notwendigen, unten empfohlenen Untersuchungen vorzubereiten bzw. bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse des Patienten / der Patientin einzutragen.

Bei entsprechender Anamnese bitten wir um Ergänzung und Erweiterung der Untersuchungen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

Vorerkrankungen / _____

Allergien: _____

Befunde / Laborwerte:

Hb	_____	GGT	_____	Kreatinin	_____
Leuko	_____	Quick	_____	Kalium	_____
GOT	_____	PTT	_____	Natrium	_____
GPT	_____	Thrombozyten	_____	Cholinesterase	_____

EKG Befund oder Ausdruck: _____

(immer ab dem 65. Lj oder bek. Vorerkrankungen: HRST / MI / VHF)

Thoraxbefund (klinisch, ggf. Rö): _____

- Ich habe keine Bedenken gegen die geplante ambulante Operation.
-

Datum

Stempel / Unterschrift des Hausarztes

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch das MVZ Dr. Schopoti und Kollegen GmbH

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse ,Geburtsdatum, Telefonnummer
- Medizinische Daten, Befunde und Dokumente

Diese Daten werden auf dem Server von der MVZ GmbH Dr. Schopoti & Kollegen GmbH gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertrags- und Behandlungsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach 120 bzw. 360 Monaten (abhängig von der gesetzlichen Grundlage), insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen. Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst / eine Behandlung jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

PROTEKTO West GmbH
Hohenzollernring 57
50672 Köln
Tel.: 040 360 234 – 800 // Fax.: 040 360 234 – 999
E-Mail.: west@protekto.de



Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert sich der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch die o. g. Praxen zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein:

Datum, Unterschrift



Weitere Details zur Narkose und alle wichtigen Informationen haben wir Ihnen ausführlich auf unserer Internetseite www.MVZ-Schopoti.de zusammengestellt.