

Anästhesiologische Aufklärung und präoperative Befunderhebung



Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind 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 Kinderarztes, 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 oder einer bestehenden Dauermedikation benötigen wir einen kurzen Bericht von Ihrem Kinderarzt – **Siehe Rückseite!**
-  Ihr Kind muss bitte **nüchtern** zur OP kommen → 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 !).
-  Medikamente, die Ihr Kind morgens einnehmen muss, bringen Sie bitte mit zur OP.
-  Ziehen Sie Ihrem Kind am Tag der OP bequeme Kleidung an. Die Ärmel sollten sich leicht bis zum Ellenbogen hochschieben lassen.
-  Eine erwachsene Person muss Ihr Kind für 24 Stunden nach der Narkose betreuen bzw. in Rufnähe sein.
-  Informieren Sie Ihren Anästhesisten immer vor der Operation über lockere Zähne

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

-  1. Diesen Zettel **1** + **den Befundbericht** vom Kinderarzt. **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. **Privatversicherte** müssen zusätzlich den PVS Zettel unterschreiben.
4. **Selbstzahler** ohne Kostenübernahme ihrer Versicherung 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 Kinderarzt ausfüllen lassen!



2

3

4



Patientendaten des Kindes



Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

zur ambulanten Vorbereitung unserer Vollnarkose, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Da die Anamnese bei Kindern erschwert sein kann, möchten wir Sie freundlicherweise um eine kurze Übersicht bestehender Vorerkrankungen und eine Bestätigung der Narkosefähigkeit des Kindes bitten.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

◇ Bitte Ankreuzen und unterschreiben falls Ihnen keine Vorerkrankungen bekannt sind und Sie keine medizinischen Bedenken gegen die geplante ambulante Narkose haben.

Alternativ haben Sie hier die Möglichkeit evtl. bestehende Vorerkrankungen einzutragen:

Vorerkrankungen / _____

Allergien: _____

Aktuelle Medikation: _____

Inkl. Dosierung. _____

Befunde / Laborwerte (nur bei bekannten Vorerkrankungen, bzw. pathologischen Vorbefunden)

Ggf. Thoraxbefund (klinisch): _____

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

Datum

Stempel / Unterschrift des/der Kinderarztes/-in

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.