

Wird vom Anästhesisten vor der Operation/Anästhesie ausgefüllt

Anlässlich des Patientengesprächs wurden folgende Punkte speziell besprochen und das Einverständnis dafür eingeholt:

Zusätzliche Risikofaktoren:

Spezielle Risiken der Anästhesie:

Geplantes Anästhesieverfahren:

Datum:

Unterschrift des Anästhesiearztes:

Der Patient erklärt sich mit der besprochenen Anästhesieform einverstanden. Er bestätigt, die nötigen Informationen über die Wirkungen und Nebenwirkungen erhalten zu haben. Er verpflichtet sich, die Vorsichtsmassnahmen gemäss Broschüre zu befolgen.

Datum:

Unterschrift des Patienten

Bitte mit adressiertem Rückantwortcouvert möglichst bald an Ihren Narkosearzt senden.

proximarkose.ch

Dr. med. Arthur Bartsch FMH Anästhesiologie

Dr. Arthur Bartsch

Niederwilerstrasse 14

8753 Mollis

proximarkose.ch
Dr. med. Arthur Bartsch FMH Anästhesiologie

Anästhesie Fragebogen

Darmit bei Ihnen die Anästhesie erfolgreich und ohne unliebsame Komplikationen verlaufen kann, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte füllen Sie den kurzen Fragebogen genau aus und senden Sie ihn an uns zurück. Falls Sie Unsicherheiten beim Ausfüllen des Fragebogens haben, wenden Sie sich ohne Bedenken an uns. Halten Sie sich bitte im Interesse Ihrer eigenen Sicherheit an die Instruktionen der beiliegenden Informationsbroschüre.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum: Operationsdatum:.....

Körpergrösse: cm Körpergewicht:kg

Name des operierenden Arztes:.....

Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja

Operation Jahr Art der Narkose

Allgemeinnarkose

Teilnarkose

Allgemeinnarkose

Teilnarkose

Allgemeinnarkose

Teilnarkose

Allgemeinnarkose

Teilnarkose

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Verwandtschaft anlässlich einer Anästhesie Probleme aufgetreten? ja nein

Welche:

Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?

Herz und Kreislauf
Bluthochdruck, Herzfehler, Angina Pectoris, Herzschrittmacher
Herz-Rhythmusstörungen, arterielle Verschlusskrankheit nein ja

Oder:

Lungen:
Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe
Lungenembolie nein ja

Oder:

Magen, Darm, Niere, Leber: nein ja

Welche

Blut:
Gerinnungsstörung, Zahnfleisch- oder Nasenbluten, Blutarmut nein ja

Oder:

Nervensystem:
Hirnschlag, Streifung, Epilepsie, Lähmung, Gefühlsstörung
Kopfschmerzen, Migräne nein ja

Oder:

Stoffwechsel:
Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfette, Schilddrüse nein ja

Oder:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt
Heuschnupfen, Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Metalle nein ja

Oder:

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Tragen Sie einen Zahnersatz, künstl. Gebiss? nein ja

Haben Sie lockere Zähne? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wieviel

Trinken Sie regelmässig Alkohol? nein ja

Wieviel

Nehmen Sie Drogen zu sich? nein ja

Wieviel

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmässig ein?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie die Instruktionen zur Anästhesievorbereitung
gelesen und verstanden? nein ja

Wünschen Sie in der Woche vor der Operation ein zusätzliches,
persönliches Gespräch und Aufklärung beim Anästhesiearzt?
 nein ja

Unter welcher Telefonnummer sind Sie am besten erreichbar?

Datum: Unterschrift