

Wird vom Anästhesiearzt 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 Anästhesieaufklärungsblatt zu befolgen.

Der Patient nimmt zur Kenntnis und ist einverstanden, dass er im direkten Vertragsverhältnis zum behandelnden Anästhesiearzt steht. Die Tagesklinik Bern GmbH steht mit dem Patienten bezüglich ärztlichen Leistungen nicht in einem Vertragsverhältnis. Die Schadensdeckung besteht ausschliesslich über den behandelnden Anästhesiearzt, wobei sich die Schadensdeckung nach der Police richtet.

Datum..... Unterschrift des Patienten.....

Bitte senden an:

Tagesklinik Bern GmbH
Dr. med. Stephan Ness, Leiter Anästhesie
Neuengass Passage 2
3011 Bern
Fax: 031 312 83 84
info@tagesklinik-bern.ch

(15.10.2014)

tagesklinik | ^{bern}

Neuengass-Passage 2

(Patientenetikette)

3011 Bern

Tel:031 312 83 83

Fax: 031 312 83 84

info@tagesklinik-bern.ch

www.tagesklinik-bern.ch

Ärzte team Anästhesie
Verantwortlicher Leiter:
Dr. med. St. Ness

Anästhesie-Fragebogen

Damit bei Ihnen die Anästhesie erfolgreich und ohne unliebsame Komplikationen verlaufen kann, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte füllen Sie den 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 des Anästhesie-Informationsblattes.

Name: Vorname:.....

Geb. Datum: Körpergrösse: cm Körpergewicht: kg

Name des operierenden Arztes: Dr.

Geplante Operation:

Operationsdatum:

Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja
(alle Operationen notieren!)

Operation:	Jahr	Art der Narkose
.....	<input type="checkbox"/> Allgemeinnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Teilnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Allgemeinnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Teilnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Allgemeinnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Teilnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Allgemeinnarkose
.....	<input type="checkbox"/> Teilnarkose

Sind bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten anlässlich einer Anästhesie Probleme aufgetreten? nein ja

Welche:

Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen erkrankt?

(Bitte zutreffendes unterstreichen)

Herz und Kreislauf:

Bluthochdruck, Herzfehler, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörungen, arterielle Verschlusskrankheit, Herzschrittmacher, Defibrillator?

nein ja

Oder:

Lungen:

Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem (Lungenerweiterung), Schlafapnoe, Lungenembolie

nein ja

Oder:

Geraten Sie beim Geradeausgehen oder Treppensteigen ausser Atem?

nein ja

nach wie vielen Stockwerken? nach wie vielen Gehmeternm

Magen, Darm, Niere, Leber:

nein ja

Welche:

Blut:

Gerinnungsstörung, Zahnfleisch- oder Nasenbluten, Blutarmut

nein ja

Oder:

Nervensystem:

Schlaganfall (Streifung, Schlägli), 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, oder lockere Zähne?

nein ja

Rauchen Sie?

nein ja

Wieviel und seit wann:

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

nein ja

Wieviel:

Nehmen Sie Drogen zu sich?

nein ja

Wieviel und welche:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmässig ein?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Haben Sie die Anästhesie-Informationen gelesen und verstanden?

nein ja

Wünschen Sie vor der Operation ein zusätzliches persönliches Gespräch (Telefonanruf) und Aufklärung durch den Anästhesiearzt?

nein ja

Unter welcher Telefonnummer sind Sie am besten erreichbar?

Tel-Nr:

Datum: Unterschrift: