

Einwilligungserklärung

Ich habe die Aufklärungsbroschüre "Informationen zur Anästhesie für ambulante Eingriffe in Arzt- und Zahnarztpraxen" gelesen und habe mich allenfalls auch noch auf der Homepage www.praxis-anaesthesie.ch informiert. Ich bin von

Frau / Herrn Dr. _____

über das Anästhesieverfahren (Möglichkeiten, Verhalten vorher und nachher, Ablauf, Nebenwirkungen und Risiken) aufgeklärt worden.

Ich habe die gegebenen Informationen verstanden, die Verhaltensrichtlinien zur Kenntnis genommen und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich bin mit dem besprochenen Vorgehen einverstanden, ebenso mit eventuellen Änderungen und Erweiterungen, die sich für eine optimale Betreuung des Patienten als notwendig erweisen.

Notizen der Anästhesieärztin / des Anästhesiearztes:

Ich willige ein, dass der geplante operative Eingriff / die Zahnbehandlung in Vollnarkose durchgeführt wird.

Datum: _____

Unterschrift des Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift des Anästhesiearztes: _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen möglichst bald mit dem zur Verfügung gestellten Rückantwortcouvert an Ihren Anästhesiearzt. Wenn dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist, bringen Sie ihn zur Behandlung mit.

Gesundheitsfragebogen

(Menschen mit Behinderungen)

Auf unserer Homepage, www.praxis-anaesthesie.ch, finden Sie diesen Fragebogen auch in folgenden Sprachen: Français, Italiano, English, Español, Português, Srpskohrvatski, Shqipja, Türkçe

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geplantes Operationsdatum: _____

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: w m

Wer wird den Patienten operieren: Dr. _____

Wurden der Patient früher schon einmal operiert? Wenn ja:

Jahr Operation

Welche Anästhesieverfahren wurden bei ihm schon angewendet?

Vollnarkose Teilanästhesie

Sind diese Anästhesien komplikationslos verlaufen?

Wenn nein, welche Probleme / Komplikationen sind aufgetreten?

Übelkeit / Erbrechen Frieren und Kältezittern

Atembeschwerden

Andere:

Sind in seiner Verwandtschaft jemals Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten? Ja Nein

Grundleiden / Grund für die Behinderung des Patienten?

- Sauerstoffmangel während der Geburt?
 - zerebrale Lähmung?
 - Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma
 - Epilepsie
 - Demenz
 - Andere, welche?
-
-
-

Leidet oder litt der Patient an einer der folgenden Krankheiten?

Bitte ankreuzen und zutreffendes unterstreichen oder ergänzen

Herzerkrankungen?

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herz-Rhythmusstörungen, Herz-Schrittmacher) Ja Nein

Kreislauf- und Gefässerkrankungen?

(z.B. zu hoher Blutdruck, zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Gefässverschlüsse) Ja Nein

Lungen- und Atemwegserkrankungen?

(z.B. Husten, Auswurf, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung (Emphysem), Tuberkulose, Schlaf-Apnoe) Ja Nein

Magen- / Darmerkrankungen?

(z.B. saures Aufstossen, Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme) Ja Nein

Lebererkrankungen?

(z.B. Leberentzündung (Hepatitis), Leberzirrhose) Ja Nein

Nieren- und Harnwegserkrankungen?

(z.B. Nierenentzündungen, Nierensteine, Niereninsuffizienz) Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen?

(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfette) Ja Nein

Schilddrüsenkrankung?

(z.B. Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion) Ja Nein

Augenerkrankungen?

(z.B. grauer Star, grüner Star, Pupillendifferenz) Ja Nein

Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung?

(Blutarmut, Neigung zu blauen Flecken, häufiges Nasenbluten, Leukämie) Ja Nein

Sind beim Patienten Allergien bekannt?

(Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel, Latex, Pflaster, Insektengifte, Metalle) Ja Nein

Hat der Patient lockere Zähne?

Ja Nein

Leidet der Patient an anderen Erkrankungen?

Ja Nein

Welche?: _____

Hilfsmittel, Medikamente

Benötigt der Patient einen Rollstuhl? Ja Nein

Trägt der Patient eine Brille? Ja Nein

Trägt der Patient ein Hörgerät? Ja Nein

Trägt der Patient einen Zahnersatz?
(Stiftzähne, Brücken, Prothesen) Ja Nein

Nimmt der Patient zur Zeit Medikamente ein?
Welche? Bitte alle angeben: Ja Nein

Kooperationsfähigkeit

Ist der Patient soweit kooperationsfähig, dass die Einleitung der Narkose ohne grösseren Widerstand möglich sein sollte? Ja Nein

Benötigt der Patient allenfalls vorgängig ein Beruhigungsmittel? Ja Nein