

Zähne

Tragen Sie Zahnersatz?
(Stiftzähne, Zahnbrücken, Prothesen)

ja nein

Haben Sie lockere Zähne?

ja nein

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

4	3	2	1	1	2	3	4
4	3	2	1	1	2	3	4

Einwilligungserklärung (Bitte erst im Spital ausfüllen)

Ich habe das Merkblatt «Verhalten vor Operationen» gelesen
und bin von Frau/Herr Dr.

anhand der Ergebnisse der Voruntersuchungen und meiner Antworten zu den
vorstehenden Fragen über das Narkoseverfahren (Möglichkeiten, Vorgehen,
Risiken und Nebenwirkungen) aufgeklärt worden.

Ich habe die Aufklärung 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 meine optimale Betreuung als notwendig erweisen.

Notizen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch:

Ich willige ein, dass die geplante Operation/Untersuchung in
 Narkose Regionalanästhesie Lokalanästhesie mit Überwachung,
durchgeführt wird.

Rechtswahl: für die Rechtswahl der Parteien und insbesondere für sämtliche Ansprüche im Zusammenhang mit Untersuchungen,
Behandlungen und jeweiligen Leistungen bei Ihrem/er Anästhesiearzt/ärztin ist das schweizerische materielle Recht anwendbar, namentlich
das schweizerische Obligationenrecht.

Gerichtsstand: Gerichtsstand für sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist ausschliesslich Zofingen, Schweiz.
Ihr/e Anästhesiearzt/ärztin ist berechtigt, nach eigener freier Wahl auch die ordentlichen Gerichte am Sitz des Patienten anzurufen.

Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten
bzw. des Sorgeberechtigten



Fragebogen Anästhesie

für Erwachsene

Bitte vollständig ausgefüllt in die Anästhesiesprechstunde mitbringen.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

Geplante Operation: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wegen welchen Erkrankungen?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Bitte **alle** angeben. ja nein
Welche?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Frühere Operationen

Welche?

Wann?

Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten? ja nein

(Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen)

Andere:

Kam es in Ihrer Verwandtschaft jemals zu Anästhesiezwischenfällen? ja nein

Ist Ihnen bekannt, dass Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

Bitte ankreuzen und zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Herzerkrankungen? ja nein

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelerkrankung, Herz-Rhythmusstörungen)

Kreislauf- und Gefässerkrankungen? ja nein

(z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)

Lungen- und Atemwegserkrankungen? ja nein

(z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenblähung, Husten, Auswurf)

Magen-, Darmerkrankungen? ja nein

(z.B. Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme)

Nierenerkrankungen? ja nein

(z.B. Nierenentzündungen, Nierensteine)

Stoffwechselerkrankungen? ja nein

(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte)

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

(z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf)

Augenerkrankungen? ja nein

(z.B. grauer oder grüner Star, Pupillendifferenz)

Nervenleiden? ja nein

(z.B. Epilepsie, Lähmungen)

Gemütsleiden? ja nein

(z.B. Depression)

Erkrankungen des Bewegungsapparates? ja nein

(z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)

Muskelerkrankungen und Muskelschwäche? ja nein

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen und Muskelschwäche bei Ihren Blutsverwandten?

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein

(z.B. Blutarmut, Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)

Allergien? ja nein

(z.B. Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster)

Welche?

Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung? ja nein

An welcher?

Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie regelmässig? ja nein

Wie viel?

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie oft/wie viel?

Nahmen oder nehmen Sie Drogen? ja nein

Welche?

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein