

## 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](http://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 meine optimale Betreuung als notwendig erweisen.

Notizen der Anästhesieärztin / des Anästhesiarztes:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_  
bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Anästhesiarztes: \_\_\_\_\_

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

## Gesundheitsfragebogen (Erwachsene)

**Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geplantes Operationsdatum: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Geschlecht: w  m

Wer wird Sie operieren: Dr. \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall informiert werden: Tel.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie früher schon einmal operiert?** Wenn ja:

Jahr Operation

---

---

---

---

---

---

**Welche Anästhesieverfahren wurden bei Ihnen schon angewendet?**

Vollnarkose  Teilanästhesie

**Sind diese Anästhesien komplikationslos verlaufen?**

Wenn nein, welche Probleme / Komplikationen sind aufgetreten?

Übelkeit / Erbrechen  Anhaltender Schwindel

Frieren und Kältezittern  Atembeschwerden

Kopfschmerzen  Hörprobleme

Gefühlsstörungen  Lähmungen

Andere: \_\_\_\_\_

**Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?**

Ja  Nein

## Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Bitte ankreuzen und zutreffendes unterstreichen oder ergänzen

### Herzerkrankungen?

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung, 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

Wurde bei Ihnen eine Operation zur Gewichtsreduktion (Magenband, Magenbypass etc.) durchgeführt?

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

### Schilddrüsenerkrankung?

(z.B. Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion)

Ja  Nein

### Erkrankungen des Nervensystems?

(z.B. Migraine, Epilepsie, Streifung, Schlaganfall, Lähmungen, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit)

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

## Gemütsleiden?

(z.B. Depression)

Ja  Nein

## Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

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

Ja  Nein

## Leiden Sie an nicht aufgeführten, anderen Erkrankungen?

Ja  Nein

Welche?: \_\_\_\_\_

## Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Ja  Nein

## Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie regelmässig?

Ja  Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

Ja  Nein

Wie oft? Wieviel? \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

Ja  Nein

Tragen Sie ein Hörgerät?

Ja  Nein

Tragen Sie einen Zahnersatz?

Ja  Nein

(Stiftzähne, Brücken, Prothesen)

Haben Sie lockere Zähne?

Ja  Nein

Tragen Sie Piercings?

Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Ja  Nein

Welche? Bitte alle angeben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_