

# Einwilligungserklärung für die Anästhesie

*www.anaesthesiedienst-berlin.de*

**Ronald Thoms & Partner**

Ärzte für Anästhesiologie

0178 - 386 24 65

**Rückseite bitte ausfüllen und zum Gespräch / zur OP mitbringen !**

Aufklärender Arzt: \_\_\_\_\_

Art der Operation: \_\_\_\_\_

Behandlung erfolgt  ambulant  stationär  
vorgesehene Betäubungsart:  Allgemeinanästhesie / Vollnarkose  
 Regionalanästhesie / Teilbetäubung  
 Kombination / Schmerztherapie

SPA  LWS  rechts  single shot / ohne Katheter  
 PDA  BWS  links  mit Katheter  
 Plexus  Arm  
 Blockaden  Bein  anderes Verfahren: \_\_\_\_\_  
 Infiltrationen  Hand  
 i.v.-Leitung  Fuß \_\_\_\_\_

überweisender Arzt

Ich wurde heute über die für die Ausführung des o.g. Eingriffs erforderliche Narkose (allg. Betäubung unter Ausschaltung des Bewußtseins / Regionalanästhesie / lokale Betäubung) aufgeklärt. Dabei wurde ich über Art, Zweck und Hergang der geplanten Maßnahme sowie über ihre Vor- und Nachteile und ihre Risiken, auch im Vergleich zu anderen Betäubungsarten, ausreichend informiert.

Das Informationsblatt mit Hinweisen zur anästhesiologischen Behandlung habe ich erhalten, gelesen und verstanden und werde mich entsprechend verhalten. Besondere Narkoseverfahren, -risiken und eventuelle Komplikationen wurden besprochen, insbesondere:

Herz-, Kreislauf-, Lungenkomplikationen, Medikamentenallergie, Zahnschäden, Schluckbeschwerden, Blutung, Hämatom  
 Blasenkatheter  Magensonde  zentraler Zugang  arterieller Zugang  
 Intensivstation  Nachbeatmung  Fremdblutgabe  Nervenschäden

Ich wurde auf folgende in meiner Person begründete besondere Risiken / Erschwernisse für die Betäubung hingewiesen:

Herz-Kreislaufkrankung  Übergewicht  Lungen-/Atemwegserkrankung  Nikotinabusus

Mit der Durchführung der o.g. vorgesehenen Betäubungsart sowie der dazugehörigen Vor- und Nachbehandlung bin ich einverstanden. Sollten während der Narkose unvorhergesehene Schwierigkeiten auftreten, so stimme ich einer eventuell notwendigen Änderung der Narkoseführung zu.

Meine Einwilligung kann ich widerrufen. Die beiliegenden Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Über das erforderliche Verhalten vor und nach der Narkose / Regionalanästhesie wurde ich belehrt; insbesondere darüber, dass ich bis 24 Stunden nach der Narkose nicht verkehrstüchtig bin und in dieser Zeit keinen Alkohol und auch keine Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel zu mir nehmen darf. Ausnahmen nur mit Erlaubnis des Arztes.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient / Sorgeberechtigter/ Betreuer

\_\_\_\_\_  
Arzt / zugleich Beglaubigung

## Fragen bei ambulanten Eingriffen:

1. Die häusliche Betreuung des Patienten in den ersten 12 - 24 Stunden nach dem Eingriff übernimmt:

(Name, Alter)

2. Ist eine ständige Betreuung gewährleistet? **N J**

3. Ist der Patient telefonisch erreichbar? **N J**

Tel.-Nr: \_\_\_\_\_

4. Ist der Patient von der Praxis / Klinik, in der der Eingriff durchgeführt werden soll, oder von der Praxis des Hausarztes innerhalb von 30 min erreichbar? **N J**

===

5. Steht ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? **N J**

## Erklärung des Patienten

Die im Informationsblatt enthaltenen Hinweise für ambulante Anästhesien habe ich gelesen und verstanden und werde mich entsprechend verhalten.

Mir ist bekannt, daß ich bei nicht rechtzeitig entschuldigter Nicht-Wahrnehmung meines OP-Termins (24 Stunden) zur Kostenerstattung herangezogen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift