

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: _____

überweisender Arzt

- 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 _____

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

<p>Fragen bei ambulanten Eingriffen:</p> <p>=====</p> <p>1. Die häusliche Betreuung des Patienten in den ersten 12 - 24 Stunden nach dem Eingriff übernimmt:</p> <p>(Name, Alter) _____</p> <p>=====</p> <p>2. Ist eine ständige Betreuung gewährleistet? N J</p> <p>=====</p> <p>3. Ist der Patient telefonisch erreichbar? N J</p> <p>Tel.-Nr: _____</p> <p>=====</p> <p>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</p>	<p>=====</p> <p>5. Steht ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? N J</p> <p>=====</p> <p>Erklärung des Patienten</p> <p>=====</p> <p>Die im Informationsblatt enthaltenen Hinweise für ambulante Anästhesien habe ich gelesen und verstanden und werde mich entsprechend verhalten.</p> <p>Mir ist bekannt, daß ich bei nicht rechtzeitig entschuldigter Nicht-Wahrnehmung meines OP-Termins (24 Stunden) zur Kostenerstattung herangezogen werden kann.</p> <p>=====</p> <p>Ort, Datum Unterschrift</p>
--	---