

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____



Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____

1. Nehmen Sie oder Ihr Kind regelmäßig
Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

2. Frühere Eingriffe in Narkose?
Wenn ja, welche? ja nein

3. Hatten Sie oder Ihr Kind Beschwerden
nach der Narkose? Wenn ja, welche? ja nein

4. Leiden Sie oder Ihr Kind unter
Herz-Kreislauf-Beschwerden? ja nein
(z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmus-
Störungen, Stent, Herzfehler, Herzinfarkt, Schlaganfall)

5. Ist bei Ihnen oder bei Ihrem Kind die
körperliche Leistungsfähigkeit einge-
schränkt? Atemnot bei Anstrengung? ja nein

6. Leiden Sie oder Ihr Kind unter
Lungenerkrankungen? ja nein
(z. B. Asthma, COPD, chronische, Bronchitis)

7. Sind Sie oder Ihr Kind zurzeit erkältet? ja nein

8. Leiden Sie oder Ihr Kind unter Allergien?
Wenn ja, welche? ja nein

9. Sind Sie oder Ihr Kind Diabetiker? ja nein

10. Muskelerkrankungen?
Bei Ihnen selbst/Ihrem Kind oder bei
Blutsverwandten? ja nein

11. Andere Erkrankungen oder Infektionen?
(z.B. Hepatitis / HIV) ja nein

12. Lockere Zähne, Zahnprothesen? ja nein

13. Rauchen Sie (passiv) – Wie viel täglich? ja nein

14. Alkoholkonsum? – Wie viel täglich? ja nein

15. Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit
einer Schwangerschaft? ja nein

Wer betreut Sie nach dem Eingriff 24 Stunden zuhause?

Name: _____

Telefon: _____

Vermerk des Arztes zum Aufklärungsgespräch: (_____ bis _____ Uhr)

- Den rückseitigen Informationsteil habe ich gelesen.
- Die notwendigen Verhaltensweisen werde ich beachten.
- Die obigen Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Ich habe die mündliche Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Nach gründlicher Überlegung willige ich ein, folgenden
Eingriff in Narkose durchführen zu lassen:

Eingriff: _____

Arzt: _____

Datum

Unterschrift

Patient / Eltern / gesetzlicher Vertreter:

Datum

Unterschrift

Kopie des Aufklärungsbogens erhalten

Auf eine Kopie habe ich verzichtet

Patient / Eltern / gesetzlicher Vertreter:

Datum

Unterschrift