

Пациент (ФИО, дата рождения, адрес - для детей также родитель)

## Форма согласия на проведение



Тел.: **+49 33 203 - 71 630**  
 Почта / Офис /  
 Администрация  
 Им Камп 47  
**14532 Kleinmachnow**  
[www.dreamteam-anaesthesie.de](http://www.dreamteam-anaesthesie.de)  
[info@dreamteam-anaesthesie.de](mailto:info@dreamteam-anaesthesie.de)

## анестезии

Письменная информация / разъяснения были предоставлены

Perimed

Diomed  ProCompliance  другие \_\_\_\_\_

Врач-просветитель: \_\_\_\_\_ Вмешательство / операция: \_\_\_\_\_

Тел. разведки на \_\_\_\_\_

Лечение должно проводиться  амбулаторно  в стационаре

Регионарная анестезия / частичная анестезия  Общая

анестезия / общая анестезия  Комбинированная анестезия

обезболивание   Ларингеальная маска

Интубация

SPA  МАСКА  Седация

PDA / KPDA  ЛЮ

Сплетение  МБА

правы  слева

льно

ОТД

ЕЛ

ПОЗ

ВОН

ОЧН

ИКА

Arm

Блокады  Нога  С  однократный прием / без катетера

Инфильтрации  Рука  другой метод \_\_\_\_\_

I.v.\_Line  Нога \_\_\_\_\_

Направляющий врач:

Сегодня я был проинформирован о методе анестезии, необходимом для проведения вышеупомянутой процедуры (общая анестезия с потерей сознания / регионарная анестезия / частичная анестезия).

Я был адекватно проинформирован о характере, цели и ходе планируемых мероприятий, а также об их преимуществах и недостатках и рисках, в том числе по сравнению с другими видами анестезии. Я согласен с тем, что лечение может быть проведено также партнером MVZ по сотрудничеству. В случае получения информации об анестезии в день операции я подтверждаю, что получил информационный лист достаточно заблаговременно и что у меня была возможность индивидуального обсуждения с анестезиологом за 24 часа до операции.

Я получил и прочитал информационный материал с инструкциями и разъяснениями по анестезиологическому лечению.

и понимают и будут действовать соответствующим образом. Обсуждались специальные анестезиологические процедуры, риски и возможные осложнения, в частности:

Кровотечение / инфекция  Головная боль  Слабость зрачков / охриплость / слабость век (Horner-S.)  Катетер для мочевого пузыря  желудочный зонд  центральный доступ  артериальный доступ

Отделение интенсивной терапии  Повреждение нерва / паралич  Поствентиляция  Введение чужеродной крови

Я проинформирован о следующих особых рисках / трудностях при проведении анестезии с учетом моей персоны:

Сердечно-сосудистые заболевания  Избыточный вес  Заболевания легких/дыхательной системы  Злоупотребление никотином  Аллергические реакции  Повреждение зубов  Заболевания печени/почек/метаболизм  Диабет

Я согласен на проведение вышеуказанного вида анестезии, а также на сопутствующее лечение до и после нее. В случае возникновения непредвиденных трудностей во время анестезии я согласен на любые необходимые изменения в ведении анестезии.

Я могу отозвать свое согласие. Я ответил на вопросы анамнестической анкеты в меру своих знаний. Я проинформирован о необходимом поведении до и после анестезии/региональной анестезии, в частности, о том, что я должен быть трезв во время операции и что мне не разрешается водить машину в течение 24 часов после анестезии, а также о том, что мне не разрешается принимать алкоголь, снотворные или седативные препараты в течение этого времени; обезболивающие препараты только по указанию врача.

Я был проинформирован о возможности контроля анестезии с помощью ЭЭГ-мониторинга. Я понял, что расходы в размере

около € 80,-- могут быть не компенсированы и что я должен буду нести их сам. По возможности, это мероприятие должно быть проведено во время анестезии.  проведено  не проводится провести.

Я получил копию данного заявления о согласии. Местом юрисдикции является Берлин.

**Я принял к сведению информацию и разъяснения по защите данных, приведенные на обороте данного заявления о согласии.**

Если подписывается только один опекун, то своей подписью он заявляет, что действует в согласии с любым другим опекуном.

Место, дата

Пациент / опекун / попечитель

Врач / при одновременной  
сертификации

Consent\_allg.\_LOGO\_220310 // copyright by R.Thoms

**Для амбулаторных процедур:**

Первые 12-24 часа после процедуры пациент находится дома:

Имя, возраст

Гарантирован ли постоянный уход?  Д  Нет

Можно ли связаться с пациентом по телефону?  а  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  Д  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  а  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  Д  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  а  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  Д  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  а  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  Д  Нет

Находится ли пациент после операции в месте, откуда можно в течение 30 минут добраться до клиники, в которой проводилась процедура, или до больницы с отделением неотложной помощи?  а  Нет

Предоставляется ли автомобиль с водителем или можно быстро добраться на такси?

Предоставляется ли автомобиль с водителем или можно быстро добраться на такси?

Предоставляется ли автомобиль с водителем или можно быстро добраться на такси?

**Заявление пациента:**

Я прочитал и понял инструкцию по амбулаторной анестезии, приведенную на обороте.

Я буду действовать соответствующим образом.

Я осознаю, что от меня может потребоваться возмещение расходов, если прием у хирурга не может быть осуществлен по моей вине, например, по причине:

- Неявка без своевременной отмены (24 часа)

- Невозможность соблюдения предоперационного голодания (6 ч)

- Не организована помощь или доставка на дом

Пациент / опекун / попечитель