

Patient/in (Name, Geb-Dat, Anschrift - bei Kindern auch Elternteil)

Einwilligungserklärung zur Anästhesie



DREAMTEAM
Anästhesie MVZ

Dreamteam Anästhesie MVZ

Tel.: +49 30 2353 6680
Post / Büro / Administration
Wenckebachstr. 23
12099 Berlin

Die schriftliche Information / Aufklärung erfolgte mit Perimed
 Diomed ProCompliance andere _____

Aufklärender Arzt:

Eingriff / OP:

Tel. Aufklärung am

Überweisender Arzt:

- Die Behandlung soll erfolgen
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Regionalanästhesie / Teilbetäubung | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär |
| <input type="checkbox"/> Kombination / Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie / Vollnarkose | |
| <input type="checkbox"/> SPA | <input type="checkbox"/> LWS | <input type="checkbox"/> Larynxmaske |
| <input type="checkbox"/> PDA / KPDA | <input type="checkbox"/> BWS | <input type="checkbox"/> Intubation |
| <input type="checkbox"/> Plexus | <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> Maske |
| <input type="checkbox"/> Blockaden | <input type="checkbox"/> Bein | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Infiltrationen | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> I.v._Leitung | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> mit Katheter |
| | | <input type="checkbox"/> single shot / ohne Katheter |
| | | <input type="checkbox"/> anderes Verfahren _____ |

Ich wurde heute über die für die Ausführung des o.g. Eingriffs erforderliche Anästhesiemethode (Vollnarkose unter Ausschaltung des Bewußtseins / Regionalanästhesie / Teilbetäubung) aufgeklärt. Dabei wurde ich über Art, Zweck und Hergang der geplanten Maßnahmen sowie über ihre Vor- und Nachteile und ihre Risiken, auch im Vergleich zu anderen Betäubungsarten, ausreichend informiert. Ich stimme zu, dass die Behandlung auch durch einen Kooperationspartner des MVZ erfolgen kann. Im Falle der Narkose-Aufklärung am OP-Tag bestätige ich, dass ich das Informationsblatt ausreichend vorher erhalten habe und die Möglichkeit zur individuellen Besprechung mit dem Narkosearzt bis 24 h vor der OP gegeben war. Das Informationsmaterial mit Hinweisen und Erklärungen zur anästhesiologischen Behandlung habe ich erhalten, gelesen und verstanden und werde mich entsprechend verhalten. Besondere Narkoseverfahren, -Risiken und eventuelle Komplikationen wurden besprochen, insbesondere:

<input type="checkbox"/> Blutung / Infektion	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Pupille / Heiserkeit / Lidschwäche (Horner-S.)
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> arterieller Zugang
<input type="checkbox"/> Intensivstation	<input type="checkbox"/> Nachbeatmung	<input type="checkbox"/> Fremdblutgabe
		<input type="checkbox"/> Nervenschäden / Lähmungen

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

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Lungen-/ Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Nikotinabusus |
| <input type="checkbox"/> allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> Zahnschäden | <input type="checkbox"/> Leber-/ Nieren-/ Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Mit der Durchführung der o.g. 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. Den Fragebogen 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 zum OP-Zeitpunkt nüchtern sein muss und dann bis zu 24 h nach der Narkose nicht verkehrstüchtig bin und in dieser Zeit keinen Alkohol und auch keine Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen darf; Schmerzmittel nur nach ärztlicher Anweisung.

Über die Möglichkeit zur Narkose-Überwachung mittels Verlaufs-EEG-Monitoring wurde ich informiert. Ich habe verstanden, dass die Kosten von ca. € 80,- evtl. nicht erstattet werden und dann von mir selbst zu tragen sind. Nach Möglichkeit soll diese Maßnahme bei meiner Narkose durchgeführt nicht durchgeführt werden.

Eine Durchschrift / Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Gerichtsstand ist Berlin.

Die Hinweise und Erklärungen zum Datenschutz auf der Rückseite dieser Einwilligungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, so erklärt er mit seiner Unterschrift, im Einvernehmen mit einem evtl. weiteren Sorgeberechtigten zu handeln.

Ort, Datum

Patient / Sorgeberechtigter / Betreuer

Arzt / zugleich Beglaubigung

Bei ambulanten Eingriffen:

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

Name, Alter

- Ist eine ständige Betreuung gewährleistet? Ja Nein
 Ist der Patient telefonisch erreichbar? Ja Nein
 Ist der Patient postop. an einem Ort, von dem aus die Praxis / Klinik, in der der Eingriff durchgeführt wurde, bzw. ein Krankenhaus mit Notaufnahme, innerhalb von 30 min erreicht werden kann? Ja Nein
 Steht eine Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? Ja Nein

Erklärung des Patienten:

Die Hinweise für ambulante Anästhesien auf der Rückseite habe ich gelesen und verstanden. Ich werde mich entsprechend verhalten.
 Mir ist bekannt, dass ich zur Kostenerstattung herangezogen werden kann, wenn der OP-Termin durch mein Verschulden nicht wahrgenommen werden kann, z.B. wegen:
 - Nicht-Erscheinen ohne rechtzeitige Absage (24 h)
 - Nicht Einhalten der präoperativen Nüchternheit (6 h)
 - Häusliche Betreuung bzw. Abholung nicht organisiert

Patient / Sorgeberechtigter / Betreuer