

Krankenkasse	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Strasse	
Wohnort	



Dr.med H. Lück & Dr.med R. Wüsten
 Fachärzte für Anästhesie und operative Intensivmedizin

mail info@Narkose-HH.de
 Esplanade 41 Tel 040 317792-0
 20354 Hamburg Fax 040 317792-29

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine Operation in Narkose entschlossen. Als Anästhesist habe ich für Schmerzfremheit und die Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen (Atmung, Herz, Kreislauf) Sorge zu tragen.

Durch die Beantwortung der folgenden Fragen kann ich mir ein Bild über Ihren Gesundheitszustand verschaffen. Auch bei gesundheitlicher Vorbelastung sind schwere Anästhesiezwischenfälle dank moderner Medikamente und besserer Überwachungsmethoden sehr selten geworden. Nebenwirkungen können in seltenen Fällen Übelkeit, Erbrechen, Heiserkeit, Halsschmerzen oder Nasenbluten sein.

Sollten Sie Fragen zur Narkose oder Bedenken hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes haben, können wir diese in einem Aufklärungsgespräch vor der Narkose erörtern. Bringen Sie diesen Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt zur Operation mit und unterschreiben Sie bitte die Erklärungen am Ende des Fragebogens.

Alter: **Größe:** **Gewicht:**

Welchen Beruf üben Sie aus?

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher

Behandlung? Ja Nein

Wegen welcher Erkrankung?

.....

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche?

.....

Frühere Operationen? Ja Nein

Welche?

Ergaben sich Besonderheiten bei der Narkose?

Ja Nein

Welche?

Kam es bei Blutsverwandten zu

Anästhesiezwischenfällen? Ja Nein

Welche?

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion

erhalten? Ja Nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? Ja Nein

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, -fehler, angina pectoris,

Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen)? Ja Nein

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. hoher oder

niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie, Krampfadern)?

Ja Nein

Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose,

Staublunge, Lungenentzündung, -blähung, Asthma, chronische Bronchitis)?

Ja Nein

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Leberverhärtung)?

Ja Nein

Nierenerkrankungen (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine)?

Ja Nein

Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihnen

und/oder Blutsverwandten?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf, Über- oder

Unterfunktion)?

Ja Nein

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen

(z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)?

Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit,

Obstunverträglichkeit)?

Ja Nein

Erkrankungen des Skelettsystems (z.B.

Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?

Ja Nein

Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lähmungen, Multiple Sklerose)?

Ja Nein

Wurden Sie wegen Gemütsleiden (z.B. Depressionen) ärztlich behandelt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige , nicht aufgeführte Erkrankungen? Welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen? (z.B. erhöhter Augeninnendruck)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Sodbrennen, chronische Darmerkrankungen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie lockere Zähne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allergien / Überempfindlichkeiten (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie regelmäßig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Trinken Sie regelmäßig Alkohol , konsumieren Sie Drogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Hinweise für ambulante Eingriffe

Bitte versichern Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie innerhalb der letzten **6 Stunden vor dem Eingriff keine Speisen und Getränke** zu sich nehmen werden bzw. zu sich genommen haben (Ausgenommen: **Mundpflege, regelmäßig einzunehmende Medikamente mit einem Schluck Wasser bis 2 Stunden vor der Op.**)
 Andernfalls erhöht sich das Risiko der Narkose erheblich und der Eingriff kann nicht durchgeführt werden. Sie dürfen 24 Stunden nach dem Eingriff keinen Alkohol trinken, nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder an Maschinen arbeiten. Lassen Sie sich von **einer** Begleitperson nach dem Eingriff abholen und sorgen Sie bitte für eine **Betreuung zu Hause**. Aus Rücksicht gegenüber unseren Patienten vermeiden Sie bitte, dass sich mehrere Begleitpersonen insbesondere Kinder in der Praxis aufhalten.

Ich bestätige diese Hinweise gelesen zu haben:

.....
 Ort/Datum

Falls Sie den Termin für den Eingriff nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Std. vorher ab, um zu vermeiden, dass Ihnen und uns unnötige Kosten entstehen.

.....
 Unterschrift des Patienten

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die geplante Operation / Untersuchung: in
 Narkose durchgeführt wird. Ich willige weiter in die vorbereitende und anästhesiologische Behandlung einschließlich der dazu erforderlichen Nebeneingriffe ein. Mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen der Anästhesie bin ich einverstanden.

.....
 Ort/Datum

.....
 Unterschrift des Patienten

Behandlungsvertrag:

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä

Ich wünsche für mich / für meine Ehefrau / für meinen Ehemann / für mein Kind
 privatärztliche Beratung, Untersuchung und Behandlung durch die Praxis für Anästhesie Dr. med. H. Lück und Dr. med. R. Wüsten. (unzutreffendes bitte streichen)

Grundlage der privatärztlichen Behandlung und Rechnung ist die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). In dieser ist geregelt, wie medizinisch notwendige Leistungen dem Patienten in Rechnung zu stellen sind, ebenso ist festgelegt, wie Leistungen zu berechnen sind, die nicht explizit im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind (Analogbewertung), wie Sachkosten abzurechnen sind und unter welchen Bedingungen eine Überschreitung der Schwellenwerte möglich ist.

Die Rechnung des Arztes hat sich ausschließlich nach dieser Gebührenordnung zu richten, die eventuelle Erstattung der Kosten an den Versicherten durch seine Versicherung oder Beihilfestelle ist hierbei ebenso wie eine eventuelle Selbstbeteiligung völlig unerheblich. Wir werden bei Ihnen selbstverständlich nur Maßnahmen durchführen, die medizinisch notwendig und begründet sind. Naturgemäß haben wir jedoch keinen Einfluss darauf, ob ein Kostenträger z.B. aus Kostenersparnisgründen die Notwendigkeit einer Behandlung bestreitet. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

.....
 Ort

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des Patienten

.....
 Unterschrift des Arzt