Info **EA**

Ambulante Eingriffe

- Untersuchung / Behandlung -

Praxis/Klinik:

ANÄSTHESIEZENTRUM
FACHÄRZTE FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern!

Bitte kommen Sie am ____________________ pünktlich um ______________ Uhr zur ambulanten Untersuchung/Behandlung.
Über den Eingriff und die vorgesehende Anästhesie klären wir Sie gesondert auf.
Geplante Untersuchung/Behandlung: ____________________________ (bitte bezeichnen) Geplante Anästhesie: ____________________________ (bitte bezeichnen)

Verspäten Sie sich, muss die Untersuchung/Behandlung möglicherweise abgesagt werden. Informieren Sie uns bitte rechtzeitig, wenn Sie verhindert sind oder sich Ihr Gesundheitszustand bzw. der Ihres Kindes verschlechtert hat.

Bitte mitbringen:
- ☐ Befundmitteilungen; ggf. Allergie-/Medikamentenpass
- ☐ Röntgenbilder ____________
- ☐ Ultraschallbilder ____________
- ☐ EKG
- ☐ Versichertenkarte
- ☐ Überweisungsschein
- ☐ evtl. Aufklärungs-/Fragebögen, die Sie zum Lesen/Ausfüllen erhielten
- ☐ Sonstiges: ____

<u>Aktuelle Laborwerte:</u>
- ☐ Gerinnung
- ☐ kleines Blutbild
- ☐ Leberwerte
- ☐ Nierenwerte
- ☐ Elektrolyte
- ☐ Sonstiges: ____________________

Bitte unbedingt beachten!

Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Eingriffe dürfen **ambulant** nur dann durchgeführt werden, wenn sich dadurch das Risiko für den Patienten nicht erhöht. Dazu gehört auch die Prüfung, ob Sie/Ihr Kind nach dem Eingriff verkehrstauglich und/oder pflegebedürftig sind.

Das Kästchen ☒ **„Rückkehr nach Hause“** kreuzen wir an, wenn damit zu rechnen ist, dass Sie/Ihr Kind wegen der Nachwirkungen des Eingriffs und/oder der Betäubungs-/Schmerz-/Beruhigungsmittel oder anderer Medikamente bei der Entlassung nicht verkehrstauglich sind. Ihre Reaktionen sind verzögert, auch wenn Sie dies selbst nicht wahrnehmen. Deshalb muss eine erwachsene Begleitperson Sie/Ihr Kind abholen. Diese Person sollte sich während der Fahrt um Ihr Kind kümmern können und nicht zugleich das Fahrzeug steuern. Sie/Ihr Kind dürfen **24 Stunden** lang nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, auch nicht als Fußgänger/Radfahrer, und sollten für **24 Stunden** nicht an laufenden Maschinen arbeiten, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen oder Verträge abschließen.

Ist das Kästchen ☒ **„Häusliche Pflege / Ärztliche Hilfe”** angekreuzt, so müssen Sie/Ihr Kind zu Hause mindestens 24 Stunden lang betreut werden. Kinder müssen in dieser Zeit beaufsichtigt werden; sie dürfen – auch beim Spielen – keinen Gefahren und größeren Belastungen ausgesetzt werden.

Zu Ihrer eigenen Sicherheit führen wir die Untersuchung/Behandlung nur dann ambulant durch, wenn Sie die folgenden Fragen eindeutig positiv beantworten können:

<u>Vor der Untersuchung/Behandlung:</u>

- Bis zu **6 Stunden** vor dem Eingriff dürfen Sie/darf Ihr Kind noch eine kleine Mahlzeit (z.B. eine Scheibe Weißbrot mit Marmelade, ein Glas Milch) zu sich nehmen. Danach **nichts mehr essen, nicht mehr rauchen und nichts mehr trinken!** Erlaubt sind jedoch bis zu **2 Stunden** vor dem Eingriff 1-2 Gläser/Tassen **<u>klare Flüssigkeit</u> ohne Fett und ohne feste Bestandteile** (z.B. Mineralwasser, Limonade, Tee), aber **keine Milch** und **kein Alkohol!** Kinder unter 1 Jahr dürfen bis zu **6 Stunden** vor dem Eingriff gefüttert werden und Vollmilch erhalten. Bis zu **4 Stunden** vor dem Eingriff darf gestillt und bis zu **2 Stunden** vorher Tee oder Wasser gegeben werden. Sagen Sie es uns, wenn Sie bzw. Ihr Kind entgegen diesen Anweisungen doch etwas gegessen/getrunken haben!
- Fragen Sie die Ärzte, welche **Medikamente** Sie/Ihr Kind einnehmen bzw. absetzen müssen.
- Kontaktlinsen, herausnehmbaren Zahnersatz, Schmuck/Piercing, künstliche Haarteile ablegen und sicher aufbewahren. Keine Gesichtscreme und Kosmetika (Make-up, Nagellack etc.) verwenden!
- Bequeme, lockere Kleidung (Jogginganzug, Schlafanzug/Nachthemd) mitbringen; Blase kurz vor dem Eingriff entleeren.

<u>Nach der Untersuchung/Behandlung:</u>

Ggf. verordnete Medikamente einnehmen (Name und Dosierung): ____

- Ab ______ Stunden kann schluckweise getrunken werden (z.B. Tee). Ab ______ Stunden ist leichte Kost erlaubt.
- **Bettruhe** ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich.
- Wurde eine **Drainage** (Kunststoffschlauch) gelegt, damit Wundsekret abfließen kann, die Menge in der Auffangflasche bitte regelmäßig kontrollieren. Drainageschläuche keinesfalls selbst entfernen!

Empfohlen von der Deutschen Gesundheitshilfe e.V.

DIOmed-Aufklärungssystem. 12/05 Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen.
Herausgeber: **Prof. W. Weißauer, Prof. K. Ulsenheimer** (Medizinrecht). Autor: **Prof. W. Weißauer.**
Copyright 2005 by DIOmed Verlags GmbH · An der Lohwiese 38 · D-97500 Ebelsbach · Telefon (0 95 22) 94 35-0 · Telefax (0 95 22) 94 35 35.
www.diomed.de **Vervielfältigungen jeglicher Art, auch Fotokopieren, verboten.**
Bestell-Nr. 01/010

Muster...Muster...Muster...Muster...

. . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . .

- Bei einem **festen Verband** (z.B. Gips) das betroffene Bein/den Arm zunächst längere Zeit hochlagern; danach möglichst oft für kürzere Zeit. Zur Verbesserung der Durchblutung und um Funktionsstörungen vorzubeugen, die gipsfreien Gelenke regelmäßig bewegen und die Muskeln unter dem Verband an- und entspannen. **Verband nicht selbst entfernen!**
- **Sonstige Hinweise:** ______________________________

Bei Komplikationen sofort den Arzt verständigen, insbesondere bei Übelkeit, Erbrechen, auffallender Blässe, Fieber (über 38°C), Schüttelfrost, Nackensteife, erschwerter Atmung, außergewöhnlichen Schmerzen, Nachblutungen, starken Kopfschmerzen, Blau- oder Weißverfärbung von Fingern bzw. Zehen im festen Verband, Schwellungen, Gefühlsstörungen (z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl), Anzeichen von Lähmungen oder Krämpfen oder:

____

Sie erreichen mich: ☏ ______________________ (Praxis/Klinik) ☏ ______________________ (privat)

Meinen Vertreter: ☏ ______________________ (Name, Praxis/Klinik) ☏ ______________________ (privat)

. . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . . M u s t e r . . .

EA - 12/05 - Datei: 06.04.2006 - Druck: 08.09.2011 09:02 Uhr - Seite 2 von 3

...Muster...Muster...Muster...Muster...Muster...

Patientenname und -adresse:

Ambulante Eingriffe — Doku **EA**

☐ **Häusliche Pflege/Ärztliche Hilfe**

1. Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?

   _____
   Ort

   _____
   Straße, Hausnummer

   _____
   Tel.-Nr.

2. Wer betreut Sie in dieser Zeit ständig?

   _____
   Name und Lebensalter

3. Innerhalb welcher Zeit sind Sie von unserer Praxis/Klinik oder von der Praxis des Hausarztes aus erreichbar? _____ **Minuten**
4. Wie lange brauchen Sie, um das nächstgelegene Krankenhaus zu erreichen? _____ **Minuten**
5. Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
6. **Hausarzt/überweisender Arzt:**

   _____
   Name

   _____
   Ort

   _____
   Straße

   _____
   Tel.-Nr.

☐ **Rückkehr nach Hause** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Eine erwachsene Begleitperson holt mich ab.

_____
Name und Lebensalter

☐ Ein Taxi holt mich ab. Der Fahrer begleitet mich bis zur Haustüre.

☐ Bitte rufen Sie ein Taxi, das mich auf meine Kosten nach Hause bringt.

☐ Falls ich mit dem eigenen PKW komme, gebe ich den Schlüssel am Empfang ab mit der Weisung, ihn nur an die Begleitperson herauszugeben, die mich abholt.

Dokumentation des Aufklärungsgesprächs / Einwilligung

☐ Nach **gründlicher Überlegung** bin ich damit einverstanden, dass der vorgesehene Eingriff **ambulant** durchgeführt wird. Über Vor- und Nachteile der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung wurde ich aufgeklärt. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Auch mit einem eventuell notwendigen Wechsel zur stationären Behandlung bin ich einverstanden. Ich habe die Fragen zur Rückkehr nach Hause und zur häuslichen Betreuung nach bestem Wissen beantwortet.

☐ Die abgetrennte Patienteninformation habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die Verhaltenshinweise werde ich befolgen. Die Praxis/Klinik werde ich erst nach der ärztlichen Abschlussuntersuchung verlassen.

Vermerke der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch: _____

_____

_____

Ort, Datum, Uhrzeit	**Patientin/Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte***	**Ärztin / Arzt**

☐ Wenn das Kästchen „Rückkehr nach Hause“ angekreuzt ist: Bei der Abschlussuntersuchung wurde die Patientin/der Patient noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie/er 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf.

Datum, Uhrzeit	**Ärztin / Arzt**

* **Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

DIOmed-Aufklärungssystem. 12/05 Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen.
Herausgeber: **Prof. W. Weißauer, Prof. K. Ulsenheimer** (Medizinrecht). Autor: **Prof. W. Weißauer**.
Copyright 2005 by DIOmed Verlags GmbH · An der Lohwiese 38 · D-97500 Ebelsbach · Telefon (09522) 9435-0 · Telefax (09522) 943535.
www.diomed.de **Vervielfältigungen jeglicher Art, auch Fotokopieren, verboten.** **Bestell-Nr. 01/010**

...Muster...Muster...Muster...Muster...Muster...