

Gemeinschaftspraxis Zeppelinstrasse

Phlebologie
Proktologie
Gefäßerkrankungen

Gemeinschaftspraxis Zeppelinstrasse
Zeppelinstrasse 16 · 89160 Dornstadt

Dr. med. Michael Distler
Arzt für Allgemeinmedizin
Dr. med. Gabriele Rothenbücher
Ärztin
Dr. med. Karl-Heinz Vogler
Arzt für Chirurgie

Leitende Ärzte der Phlebologischen Klinik Langenau
Belegärzte am Kreiskrankenhaus Langenau

Einwilligungsbogen

bei ambulanten oder kurzstationären Operationen

Bitte beim Termin **4 Wochen vor OP** in der Praxis abgeben

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir haben Sie bereits über die geplante Operation aufgeklärt. Um mögliche Risikofaktoren oder Gefahrenquellen bereits im Vorfeld auszuschalten, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Sie helfen uns dadurch, eventuell unerkannte Gesundheitsstörungen zu ermitteln und die Operationsfähigkeit, vor allem unter ambulanten und kurzstationären Bedingungen, zu beurteilen.

Name, Vorname und Geburtsdatum.....

I. Körperlicher Zustand. Lebensgewohnheiten

(ausfüllen bzw. Zutreffendes unterstreichen)

- Körpergröße.....cm
- Rauchen Sie? ja nein
- Trinken Sie Alkohol? ja nein
- Körpergewicht.....kg
Wenn ja, wie viel pro Tag?.....
Wenn ja, was?.....
wie viel pro Tag?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin, Schmerz-, Schlaf-, Herz- und Kreislauf-, Abführ-, Beruhigungsmittel) ein? ja nein
Wenn ja, welche?.....
Menge pro Tag.....
- Leiden oder litten Sie an einer Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren? ja nein

II. Frühere Operationen

- Wurden bei Ihnen früher schon Operationen in örtlicher Betäubung durchgeführt? ja nein
- Haben Sie die örtliche Betäubung damals gut vertragen? ja nein
- Wurden bei Ihnen früher schon Operationen in Vollnarkose durchgeführt? ja nein
- Haben Sie die Vollnarkose damals gut vertragen? ja nein

III. Sonstige Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen

1. Leiden Sie an einer oder Unverträglichkeit? ja nein

Wenn ja, auf was? Bitte Zutreffendes ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Gummi | <input type="checkbox"/> Narkose-/Betäubungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Röntgenkontrastmittel | <input type="checkbox"/> Jod |
| <input type="checkbox"/> Impfstoffe | <input type="checkbox"/> Verbandsmittel |
| <input type="checkbox"/> Pflaster | |

2. Leiden Sie an einer erhöhten **Blutungsneigung** (z.B. häufig Blutergüsse ohne erkennbare Ursache oder bluten Sie lange bei kleinen Verletzungen) ? ja nein

3. Leiden Sie an einer **Stoffwechselstörung** (z.B. Diabetes) ? ja nein

4. Haben Sie häufig Wundinfektionen oder Entzündungen, auch nach kleinen Verletzungen ? ja nein

- ✓ **Mein Arzt hat mit mir ein Aufklärungsgespräch zu der geplanten Operation geführt, bei dem alle mich interessierenden Fragen beantwortet wurden. Die Broschüre der Phlebologischen Klinik - bzw. das Beiblatt zu der in Frage kommenden Operation - habe ich gelesen. Mit meiner Unterschrift willige ich in den vorgeschlagenen Eingriff ein.**
- ✓ **Eine Allergie gegen Schmerzmittel ist bei mir nicht bekannt**
 besteht gegen.....
- ✓ **Ich nehme derzeit keine Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen (Aspirin, ASS, Marcumar, Godamed, Tiklyd, Plavix oder ähnliches).**
- ✓ **Für Versicherte der Betriebskrankenkassen, die dem Vertrag zur integrierten Versorgung beigetreten sind:**
Sie verpflichten sich zu den individuell festgelegten Kontrolluntersuchungen in unsere Praxis zu kommen und sie geben ihre Zustimmung zur anonymen wissenschaftlichen Auswertung ihrer Behandlungsdaten im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie.
- ✓ **Da die Operation in enger Zusammenarbeit mit dem Kreiskrankenhaus Langenau stattfindet, erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Patientendaten an das Kreiskrankenhaus Langenau einverstanden.**
- ✓ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle oben genannten Punkte gelesen und verstanden zu haben.**

.....

Datum

.....

Unterschrift