



Patient geb.

Anschrift

Gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters geb.

Anschrift



Gewerbepark C 25
93059 Regensburg
Fon: 0 9 41 / 20 86 44 0
Fax: 0 9 41 / 20 86 44 29
Hotline: 0 1 71 / 400 09 30

Dr.Klaus Birkmeier
Stefan Deil
Helmuth Komar
Dr.Stefan Kowollik
Rolf-Dieter Neu
Beate Schmid
Dr. Frank Vescia

**Liebe Patientin, lieber Patient, bei Ihnen ist eine ambulante Operation geplant.
Um das für Sie geeignete Narkoseverfahren wählen und unnötige Risiken ausschließen
zu können bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.**

Größe (cm)	Gewicht (kg)	Waren oder sind Sie an einem der folgenden Organe erkrankt?	
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Herz/Kreislauf? (z. B.: Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, eingeschr. körperliche Leistungsfähigkeit, Blutdruckprobleme, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Traten bei Ihnen oder Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit Narkosen auf?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Erkrankungen der Lunge? (z. B.: Asthma, akute oder chronische Bronchitis, TBC)	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Leiden Sie unter Allergien gegen Nahrungsmittel oder Medikamente?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes oder Erkrankungen der Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Lebererkrankungen (z. B. infektiöse Leberentzündung)	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Haben Sie lockere oder herausnehmbare Zähne?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Nierenerkrankungen (z. B. Dialysepflichtigkeit)	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Bei Frauen: Könnten Sie gegenwärtig schwanger sein?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Bluterkrankungen, z. B. Blutgerinnungsstörungen (auch in der Blutsverwandschaft)?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Nervenerkrankungen z. B.: Epilepsie, Lähmungen, Muskelschwäche (auch in der Blutsverwandschaft)?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
		Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N

Ärztlicher Untersuchungsbefund und Besonderheiten:

.....
.....
.....
.....

Dokumentation des Aufklärungsgesprächs und Einwilligungserklärung

Den beiliegenden Informations- und Aufklärungsbogen habe ich erhalten, zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich versichere, dass ich am Operationstermin seit sechs Stunden nichts gegessen (auch keine Süßigkeiten, Kaugummi) bzw. zwei Stunden vor dem Eingriff nur klare Flüssigkeiten ohne Kohlensäure getrunken habe. Ich bin darüber informiert, dass ich 24 Stunden im Anschluß an die Narkose weder als Fahrzeugführer, noch als unbegleiteter Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen darf. Eine durchgehende häusliche Betreuung ist gewährleistet. Meine Abholung im Anschluß an die Operation/Untersuchung sowie die häusliche Betreuung erfolgt durch: Herr/Frau: Tel.:

Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen zum geplanten Narkoseverfahren und den Alternativen dazu stellen. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Erörtert wurden u. a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende Besonderheiten, sowie:
.....
.....

Ich bin mit dem geplanten Narkoseverfahren: einverstanden.

~~X~~ **Versichertenkarte mitbringen!**
Datum Patientenunterschrift Arzt / Ärztin

Einverständniserklärung bei Privatpatienten

Ich erkläre mich einverstanden mit der:

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH;
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweise Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an die Bank 1 Saar, Saarbrücken

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv GmbH die Leistungen meiner Ärztin/meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine/n Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

.....
Datum Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

