



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 Eltern, bei Ihrem Kind ist eine ambulante Operation geplant.  
Um das für Ihr Kind geeignete Narkoseverfahren wählen und unnötige Risiken ausschließen zu  
können bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.**

Größe (cm)	Gewicht (kg)	War oder ist ihr Kind an einem der folgenden Organe erkrankt?
War Ihr Kind eine Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Erkrankungen des Herzens? (Herzfehler, verminderte körperliche Leistungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
War Ihr Kind bereits ernsthaft erkrankt oder in stationärer Krankenhausbehandlung?	<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
Traten bei Ihrem Kind, oder in der Blutsverwandtschaft Probleme im Zusammenhang mit Narkosen auf?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Lebererkrankungen (z. B. infektiöse Leberentzündung) <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Leidet Ihr Kind unter Allergien?	<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
Hat Ihr Kind lockere oder schadhafte Zähne?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Nierenerkrankungen oder häufige Harnwegsinfekte? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Wurde Ihr Kind in den letzten 14 Tagen geimpft?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Bluterkrankungen, z. B. Blutgerinnungsstörungen (auch in der Blutsverwandtschaft)? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Bestehen Erkrankungen der Verdauungsorgane z. B. häufiges Erbrechen oder Durchfälle?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Nervenerkrankungen z. B.: Epilepsie, Lähmungen, Muskelschwäche (auch in der Blutsverwandtschaft)? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?: .....	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	Andere Erkrankungen? .....

**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 mein Kind am Operationstermin seit 6 Stunden keine Nahrung, Süßigkeiten (auch Kaugummi) oder Milch zu sich genommen hat, bzw. bis 2 Stunden vor dem Eingriff nur klare Flüssigkeiten ohne Kohlensäure getrunken hat. Ich bin darüber informiert, dass mein Kind für die auf die Narkose folgenden 24 Stunden einer ununterbrochenen Betreuung/Überwachung bedarf und werde diese gewährleisten. 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, risikoe erhöhende Besonderheiten, sowie:

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

Ich bin mit dem geplanten Narkoseverfahren: ..... einverstanden.

**X** **Versichertenkarte mitbringen!**

Datum ..... Unterschrift beider Elternteile, bzw. der Sorgeberechtigten ..... 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 Patientenkartei (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 .....

