

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind wird am _____ eine ambulante _____ in **Narkose** **Regionalanästhesie** durchgeführt.

Bringen Sie bitte die folgenden markierten Befunde am Operationstag mit:

folgende Blutwerte (am Operationstag nicht älter als 2 Wochen)

Blutbild Blutgerinnung Blutzucker Leberwerte

Elektrolyte Nierenwerte CRP _____

keine weiteren Untersuchungsbefunde

befundetes EKG Röntgenthorax, befundet (bitte Bilder mitbringen)

Sonstiges: _____

BEACHTEN SIE BITTE AUCH FOLGENDES

Bitte kommen Sie am Tag der Operation zur unten genannten Uhrzeit in die Klinik:

Uhrzeit, Klinik, Abteilung, Adresse

Bitte denken Sie daran Kontaktlinsen, Hörgerät oder andere abnehmbare Gegenstände wie Brille, Ketten, Ohrhinge zu entfernen. Bitte schminken Sie sich nicht und benutzen Sie keine Gesichtscreme. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt ob lose Zahnteile (Zahnprothesen), Piercings oder Nagellack entfernt werden müssen.

Medikamenteneinnahme: Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen müssen. Ihr Arzt wird Sie informieren, ob und für welchen Zeitraum Sie/Ihr Kind die Medikamente absetzen müssen.

Medikament	letzte Einnahme (Datum/Uhrzeit)

Essen, Trinken und Rauchen: Am Tag vor dem geplanten Eingriff sollte nur leichte Nahrung eingenommen werden. Grundsätzlich darf 6-8 Stunden vor der Anästhesie nichts mehr gegessen, keine Getränke wie Säfte mit Fruchtmilch, Milch, Brühe oder Alkohol getrunken und nicht geraucht werden. Klare Flüssigkeiten in geringen Mengen (z.B. 1-2 Tassen Wasser oder ungesüßter Tee) sind bis zu 2 Stunden vor dem Anästhesiebeginn erlaubt.

Lassen Sie in der Zwischenzeit **keine Impfungen** mehr vornehmen. Falls sich der **Gesundheitszustand** bis zur Operation wesentlich ändert, wenn insbesondere am Vorabend, in der Nacht oder am Morgen des Operationstages Schnupfen, Husten, Fieber (ab 38°C) oder eine andere Krankheit auftritt, muss die geplante Operation verschoben werden. Wir bitten Sie, uns umgehend nach Feststellung der Erkrankung zu informieren.

Sollten Sie noch **weitere Fragen** haben oder falls die Operation verschoben werden muss, erreichen Sie uns unter Tel.: _____.

Nach einem **ambulanten Eingriff** müssen Sie/Ihr Kind von einer erwachsenen Person abgeholt werden.

Name und Lebensalter des Abholers

Sorgen Sie für eine ebenfalls erwachsene Aufsichtsperson zu Hause für 24 Stunden bzw. für den von Ihrem Arzt empfohlenen Zeitraum. Das Reaktionsvermögen ist nach der Anästhesie eingeschränkt. Deshalb dürfen Sie/Ihr Kind **24 Stunden** nach der Entlassung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (auch nicht als Fußgänger) und keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum darauf verzichten, wichtige Entscheidungen zu treffen.

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name und Alter der Aufsichtsperson

Telefonnummer

Wer ist der Hausarzt/weiter betreuende Arzt?

Name

Telefonnummer

Nach _____ Stunden nach dem Eingriff darf vorsichtig klare Flüssigkeit (Wasser, Tee) getrunken, nach _____ Stunden gegessen werden. Bitte **informieren Sie sofort Ihren Arzt** oder suchen Sie die Klinik auf, falls Schmerzen beim Atmen, starke Rücken- oder Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Atem- oder Kreislaufstörungen, Heiserkeit, Fieber, Nackensteife, Krämpfe, Missempfindungen, Lähmungserscheinungen bzw. Bewegungseinschränkungen, Stuhl- oder Harnverhalt auftreten. Sie erfordern eine sofortige Behandlung und können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten.

Erklärung Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte

Ich/Wir habe(n) die Anweisungen gelesen und verstanden. Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir in der Lage bin/sind, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte/Betreuer/Vormund
Kopie: erhalten

verzichtet

Unterschrift Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte/Betreuer/Vormund