

Operationseinwilligung (2)

Name: Vorname:, geb. am :

Zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes bitten wir Sie um die Durchführung der präoperativen Diagnostik. Diese sollte neben einer allgemeinen Durchuntersuchung auf Narkose- bzw. Operationsfähigkeit die Leistungen enthalten, welche auf dem beiliegenden Voruntersuchungsbogen mit Labor stehen; die Blutwerte sollten zum Zeitpunkt der Operation nicht älter als 14 Tage sein.

Weiters bitten wir Sie, wenn eine Blutungsneigung oder Gerinnungsstörung besteht, folgende Fragen zu beantworten:

Ja Nein

1. Gibt es eine individuelle oder familiäre Vorgeschichte zu Blutungsproblemen

oder gibt es Neigung zu blauen Flecken?

2. Hat Ihr Kind gehäuftes Nasenbluten, hat Ihre heranwachsende Tochter bereits verstärkte Menstruationsblutungen?

Kommen Blutungen in Muskeln oder Gelenken vor?

3. Hat Ihr Kind Blutungsprobleme beim Zahnwechsel, oder bei zahnärztlichen Behandlungen, gab es also längere oder größere Blutungen aus dem Mund nach einer By- oder nach einer zahnärztlichen Behandlung?

Hat Ihr Kind Blutungsprobleme bei vorhergehenden Operationen (auch Beschneidungen), Verletzungen?

Gab es Nachblutungen von der Nabelschnur nach der Geburt?

4. Hatte Ihr Kind oder ein Familienmitglied jemals Bluttransfusionen?

5. Nimmt Ihr Kind Antihistaminika (Mittel gegen allergische Beschwerden), Aspirin (z.B. Aspirin Junior bei Schmerzen oder Fieber), oder ibuprofenthaltige Medikamente (z.B. Fiebersaft Nurofen)?

6. Hat jemand in der Familie Hämophilie, von Willebrand-Erkrankung, (angeborene Blutgerinnungsstörungen), niedrige Blutplättchenwerte (Thrombozytopenie) oder andere Blutgerinnungsstörungen?

Besten Dank für die Beantwortung dieser Fragen. Falls bei dem Patienten eine Erkrankung vorliegt, die das Operationsrisiko erhöht, bitte ich, falls nötig, um Durchführung einer entsprechenden weiteren Diagnostik.

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Vater/Mutter