	entendaten (Name und Adresse oder Aufkleber):			Doku rAn 1E Narkose/Regionalanästhesie (Erwachsene/Jugeno	alicne)
				— ОПРОСНИК по перенесенным — заболеваниям пациента	
				(ahamhea) FRAGEBOGEN zur Krankenvorgeschichte des Patienten (Anam	nnese)
				Захватите с собой при необходимости разли- документы и свидетельства, например, справ применении наркоза, справку о применении диостимулятора, справку о применении марк ра, антиаллергенов, удостоверение диабетика донора и проинформируйте врача о наличии шем организме или на теле чужеродных предм (например, стента, спирали, пирсинга). Вitte bringen Sie ggf. Ausweise wie z.B. einen Narkosepa nen Herzschrittmacher-, Marcumar-, Allergie-, Diabetiker- Blutspenderausweis mit und informieren Sie den Arzt, fa körperfremde Gegenstände (z.B. Stent, Spirale, Piercing) tr	вку о кар- кума- а или в Ва- метов ass, ei- - oder alls Sie
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЗОМІ	Предусмотренная операция:		4.	Принимали ли Вы в последнее время регулярно или иногда другие медикаменты (например, средства от давления, сердечные средства, обезболивающее, снотворное, успокоительное, антидепрессанты, диабетические средства с содержанием метформина, слабительное, противозачаточные таблетки)?  Наben Sie in letzter Zeit andere Medikamente (z.B. Blutdruckmittel, Herzmedikamente, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka, metforminhaltige Antidiabetika, Abführmittel, "Antibabypille") regelmäßig oder gelegentlich genommen?  Если да, то какие? Wenn ja, welche?	ОнОд
OTM Bitte	бросовестно ответьте на следующие вопросы. Подр ветить крестиком, подчеркнуть и дополнить. e beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Zutro e ankreuzen, unterstreichen und ergänzen.				□н□д
	враст: лет Рост: см Вес: кг er: Jahre Größe: cm Gewicht: kg н = нет (nein) д	= да (ja)		Wurden bei Ihnen schon <b>Operationen</b> durchgeführt? Если да, то какие и когда (год)? Wenn ja, welche und wann (Jahr)?	
	Страдаете ли Вы сейчас от <b>инфекции</b> (например, простуды)? Leiden Sie zurzeit an einer <b>Infektion</b> (z.B. Erkältung)? Если да, то от какой? Wenn ja, an welcher?	□н□д	6.	Вызывали ли уже когда-нибудь <b>наркоз, региональная анестезия или обезболивание местного действия</b> у Вас или у Ваших кровных родственников <b>проблемы</b> (например, горячка)?	□н□д
I	Проходили ли Вы в последнее время <b>лечение?</b> Befanden Sie sich in letzter Zeit in <b>ärztlicher Behandlung</b> ? По поводу? Weswegen?	_ 		Hat eine <b>Narkose</b> , <b>Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung</b> bei Ihnen oder bei Ihren Blutsverwandten schon einmal <b>Probleme</b> verursacht (z.B. Fieber)?  Kakue? Welche?	
	Принимали ли Вы в течение последних 4 недель медикаменты для разжижения крови (препятствующие свертыванию крови) (например, Aspirin®, ASS, Marcumar®, Heparin, Tyklid®, Plavix®, Iscover®)? Haben Sie in den letzten 4 Wochen blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente (z.B. Aspirin®, ASS, Marcumar®, Heparin, Tyklid®, Plavix®, Iscover®) eingenommen?	□н□д	7.	Имеется ли у Вас склонность к тошноте и рвоте (например, во время поездок)? Neigen Sie zu Übelkeit und Erbrechen (z.B. auf Reisen)? Имели ли место осложнения в случае переливания/ использования крови/компонентов крови? Traten im Falle einer Übertragung/Anwendung von Blut/Blutbestandteilen (Transfusion) Komplikationen auf?	□н□д □н□д
	Если да, то какие? Wenn ja, welche?			Вы сдавали собственную кровь для запланированной операции?	□н□д

(	Подчеркните и дополните все заболевания или симптомы заболеваний, которые у Вас есть или были: Bitte unterstreichen und ergänzen Sie alle Erkrankungen oder Anzeichen von Erkrankungen, die Sie haben bzw. hatten:			Щитовидная железа: например, гиперфункция или гипофункция, зоб Schilddrüse: z.B. Unter- oder Überfunktion, Kropf		
(       	Сердце/система кровообращения: например, расстройства сердечного ритма, порок сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, миокардит, повышенное/пониженное кровяное давление, одышка при физических усилиях  Herz/Kreislauf: z.B. Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung	□н□д		Скелетная система: например, заболевания суставов, заболевания спины/межпозвоночных дисков, синдром лестничной мышцы Skelettsystem: z.B. Gelenkerkrankungen, Rücken-/Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom		
0	Сосуды: например, варикозное расширение вен, тром- боз/эмболия, нарушение кровоснабжения, инсульт Gefäße: z.B. Krampfadern, Thrombose/Embolie, Durchblu- ungsstörungen, Schlaganfall	· □ н □ д		Мышцы: например, слабость мышечной системы, мышечные заболевания, также у кровных родственников, предрасположенность к злокачественной гипертермии, миастения Muskeln: z.B. Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu maligner Hyperthermie, Myasthenia gravis		
T T C T E	(ровь/свертываемость: например, расстройства свер- ывания крови, также у кровных родственников, час- ыве носовые кровотечения или кровоточивость десен, склонность к кровоподтекам/синякам, кровотечения после операций/ранений Blut/Gerinnung: z.B. Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsver- vandten, häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, Neigung zu blauen	□н□д		Нервы/психика: например, эпилепсия, паралич, синдром беспокойных ног, хронические боли, частые головные боли, депрессии	ОнОд	
,	Tecken, Nachbluten nach Operationen/Verletzungen  Дыхательные пути/легкие: например, хронический бронхит, астма, воспаление легких, пневмокониоз, ту-	□н□д		Nerven/Gemüt: z.B. Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, unruhige Beine (Restless-legs-Syndrom), chronische Schmerzen, häufige Kopfschmerzen, Depressionen		
6 3 4	уронхит, астма, воспаление легких, пневмокониоз, туберкулез, эмфизема легких, синдром временной остаювки дыхания во время сна, паралич голосовых свяок/диафрагмы  ttemwege/Lunge: z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungen- ritzündung, Staublunge, Tuberkulose, Lungenblähung, Schlaf- pnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung			Глаза: например, глаукома, катаракта, контактные линзы Augen: z.B. Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen		
Г	Печень/желчный пузырь: например, желтуха, воспа- нение печени, цирроз печени, стеатоз печени, желчно- наменная болезнь			Уши: например, тугоухость, слуховой аппарат Ohren: z.B. Schwerhörigkeit, Hörgerät	ПНПД Эт	
L	<b>eber/Galle</b> : z.B. Gelbsucht, Leberentzündung, Leberverhärtung, ettleber, Gallensteine			Аллергия: например, аллергический ринит или реакции непереносимости на продукты питания, медикаменты, успокоительные/обезболивающие/дезинфицирующие средства, йод, пластырь, латекс	□н□д	
I I	Почки/мочевой пузырь: например, повышенное со- нержание креатинина, постоянная потребность в диа- низе, нефрит, камни в почках/мочевом пузыре lieren/Blase: z.B. erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nie- enentzündung, Nieren-/Blasensteine	□н□д		Allergie: z.B. Heuschnupfen oder Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungs-/Schmerz-/Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex		
	<b>Іищевод/желудок/кишечник:</b> например, язва, суже-	□н□д	9.	Другие болезни/расстройства здоровья/слабость иммунной системы? Andere Erkrankungen/Beeinträchtigungen/Immunschwäche?	ПнП	
S	ие, расстройства пищеварения, изжога, рефлюкс peiseröhre/Magen/Darm: z.B. Geschwür, Engstelle, Verdau- ingsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit		10	. Шатающиеся зубы, кариес, пародонтоз? Lockere Zähne, Karies, Parodontose?	□н□д	
	Обмен веществ: например, диабет, подагра toffwechsel: z.B. Zuckerkrankheit, Gicht	□н□д		Зубные протезы (протез, мостик, коронка, имплантат)? Zahnersatz (Prothese, Brücke, Krone, Implantat)? Примечания врача: Anmerkungen des Arztes:	□н□д	

	Вы курите? Rauchen Sie?	□н□д		-	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО		
12.	<b>каиспеп</b> Sie? Вы употребляете <b>алкоголь?</b> Trinken Sie <b>Alkohol</b> ?		1	A	ОПЕРАЦИЯМ/ПРОЦЕДУРАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ		
	Если да, то что именно и какое количество в день? Wenn ja, was und wie viel täglich?	. ,			ZUSATZFRAGEN FÜR AMBULANTE EINGRIFFE  1. Где Вас можно найти в первые 24 часа после опера- ции/процедуры (улица, номер дома/квартиры, населенный		
12	D				пункт, номер телефона)? Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff jederzeit erreichbar (Straße, Hausnummer,		
	Вы зависите от таблеток или принимаете/принимали наркотики? Sind Sie tablettenabhängig oder nehmen/nahmen Sie <b>Drogen</b> ?	□н□д	1		Ort, Telefonnummer)?		
	Для пациенток: Вы <mark>беременны</mark> ? Für Patientinnen: Könnten Sie evtl. <b>schwanger</b> sein?	□н□д	1	2.	Кто будет постоянно ухаживать за Вами в течение этих 24 часов (имя и возраст)? Wer ist in diesen 24 Stunden Ihr		
	Вы кормите ребенка грудью? Stillen Sie?	□н□д	1		ständiger Betreuer (Name und Alter)?		
	Если Вы приняли конкретные заблаговременные меры отметьте их крестиком: Falls Sie konkrete Vorsorgeregelungen getroffen haben, bitte ankreuzen:  распоряжение пациента Раtientenverfügung распоряжение об уходе Вetreuungsverfügung		3.	3. Как далеко от Вашего места пребывания находится ближайшая больница/клиника с приемом неотложны больных? Wie weit ist das nächste Krankenhaus/die nächste Notfallpraxis von Ihrem Aufenthaltsort entfernt?			
-				км, время в пути: km, Fahrtdauer:			
	□ заблаговременная доверенность на случай бо- лезни Vorsorgevollmacht			4.		□н□д	
пер отк дог <b>Hin</b> Aufl	аз от определенных методик/мероприятий и возможны юлнения в информационной части). weis für die Ärztin/den Arzt: Bitte zutreffende Textstellen unters	ниями и е негати streichen, rankungei	или ивн , ur en c	и о ны nb od	с особыми жизненными обстоятельствами, при необходиг не последствия этого, при необходимости специальные bedingt das vorgesehene Anästhesieverfahren ankreuzen und individ ler spezieller Lebensumstände, ggf. Ablehnung bestimmter Verfahre	uelle	
Прі	имечания врача	and the section of			к разъяснительной беседе:		
мен	фамилия merke der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch: Name						
мет обе пер	одами, факторы риска и возможные осложнения при использо зболивания, седация, анальгезия, возможные дополнительные еливание собственной крови, установление способности несог	овании да е и послед вершенно	анн Эдуг Голе	но /юі тет	й способ анестезии, преимущества и недостатки в сравнении с др го способа обезболивания, возможность перехода к другим спос щие мероприятия (например, установка катетера, переливание к них принимать решения, законное представительство, необходи й консультации обсуждались, прежде всего, следующие вопрось	обам рови, мость	
Beta Kath	iubungsverfahren, eventueller Übergang zu einem anderen Betäu	bungsver tsfähigkei	rfal	hre Mir	gegenüber anderen Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationei en, Sedierung, Analgesie, etwaige Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Le nderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigt	gen von	
			Hatara				

Narkose/Regionalanästh	esie (Erwachsene/Jugen	dliche)		Doku <b>rAn 1E</b>
Предусмотренный/-ые ме	тод/-ы обезболивания:			
Vorgesehene(s) Betäubungsve	rfahren:			
	внутривенный наркоз Intravenöse Narkose	<ul><li>■ масочный наркоз</li><li>■ Maskennarkose</li></ul>	□ ларингеальная маска ■ Kehlkopfmaske	□ интубационный наркоз ■ Intubationsnarkose
Региональная анестезия: Regionalanästhesie:	Спинальная анестезия ☐ Spinalanästhesie ■			
Перидуральная анестезия: Periduralanästhesie:	□ грудная ■ thorakal	□ поясничная ■ lumbal	□ каудальная ■ kaudal	
Анестезия плечевого нервного сплетения: Armplexusanästhesie:	□ из подмышечного доступа ■ axillär	<ul><li>□ вертикальная</li><li>подключичная</li><li>■ vertikal infraklavikulär</li></ul>	□ надключичная ■ supraklavikulär	□ интерскаленная ■ interskalenär
при необходимости с дачей	и успокоительного и/или об	езболивающего ("сумере	ечный сон"/аналгоседация	)
ggf. mit Gabe eines Beruhigungs	- und/oder Schmerzmittels ("Dä	mmerschlaf"/Analgosedierur	ng)	
Заявление пациен	та по разъяснению	и согласию		
Erklärung des Patienten zur Au		Server III		
просы. На них ответили по	ял/-а. Во время разъяснител лностью и понятно. Я получ размышления не нуждаюс	чил/-а достаточно инфор	а возможность задавать все мации, тщательно продума	е интересующие меня во- ал/-а свое решение и в до-
Den Aufklärungsbogen habe ic	h gelesen und verstanden. Ich ko	onnte im Aufklärungsgespräc	h alle mich interessierenden Fra heidung gründlich überlegt unc	igen stellen. Sie wurden voll- I benötige keine weitere Überle-
предусмотренного метода	нный/-ые выше метод/-ы обезболивания, а также на амнез) я заполнил/-а добро	необходимые по медиц	инским показаниям вспомо	огательные и последующие
verfahrens sowie mit medizinis	<b>gekreuzte(n) Betäubungsverfa</b> ch erforderlichen Neben- und Fo Verhaltenshinweise werde ich be	Igeeingriffen bin ich ebenfalls	otwendigen Änderungen oder Er s einverstanden. Den Frageboge	weiterungen des Betäubungs- en (Anamnese) habe ich nach
Mесто, дата, время Ort, Datum, Uhrzeit	Пациентк Patientin/I	a/пациент/родители* Patient/Eltern*	Врач Arztin/Arzt	Professional Company of the Company
* Если документ подписыва лежат ему одному или что с ло, требуются подписи обои	он действует в согласии с др	ей, то своей подписью он ругим родителем. В случа	і также удостоверяет, что р ае серьезных хирургически	одительские права принад- х вмешательств, как прави-
Unterschreibt ein Elternteil allein	, erklärt er mit seiner Unterschrif	ft zugleich, dass ihm das Sor <u>c</u>	gerecht allein zusteht oder dass	er im Einverständnis mit dem

anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.