

Soru Formu (Anamnez)

Fragebogen (Anamnese)

Olası riskleri daha iyi bir şekilde önleyebilmemiz için lütfen aşağıdaki soruları özenle yanıtlayın. Uygun yanıtı işaretleyerek veya altını çizerek belirtin ya da boşlukları doldurun. Gerekirse formu doldurmanıza yardımcı olabiliriz.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Yaş: _____ • Boy: _____ cm • Kilo: _____ kg

Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg

h = hayır (nein)/e = evet (ja)

1. Gebelik öncesi kilo (kilogram): Gewicht vor der Schwangerschaft (Kilogramm): _____

2. Meslek: Beruf: _____

3. Hasta düzenli olarak veya şu anda ilaç (ör. h e pıhtılaşma önleyici ilaçlar [ör. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], ağrı kesici, kalp-damar ilaçları, hormon preparatları, uyku ilacı veya sakinleştirici, antidiyabetik [özellikle metformin içeren]) kullanıyor mu?

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

4. Hasta bitkisel/takviye ürünler (ör. sarı kantaron, Gingko, vitamin) kullanıyor mu? h e

Werden pflanzliche Mittel/Ergänzungspräparate eingenommen (z.B. Johanniskraut, Gingko, Vitamine)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

5. Hastanın saman nezlesi veya alerjik astım gibi h e alerji sorunları veya belirli maddelere karşı intolerans sorunu (ör. ilaç, lateks, dezenfektan, anestezi maddesi, röntgen kontrast ajanı, iyot, plaster, polen) var mı?

Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

6. Soya intoleransı/alerjisi var mı? h e

Besteht eine Sojaunverträglichkeit/-allergie?

7. Hastanın herhangi bir enfeksiyon hastalığı h e (ör. hepatit, tüberküloz, HIV/AIDS) var mı/oldu mu?

Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

8. Hastada veya kan bağı olan bir akrabasında h e **yüksek kanama eğilimi** (ör. sık burun/dişeti kanaması, morarma, operasyon sonrası kanama) var mı?

Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen?

9. Hastada daha önce kan pıhtısına bağlı damar h e tıkanıklığı (tromboz/emboli) meydana geldi mi?

Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)?

10. Hastanın herhangi bir damar hastalığı (ör. do- h e laşım bozukluğu, arteriyoskleroz, anevrizma, varis) var mı/oldu mu?

Besteht/Bestand eine Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörung, Arteriosklerose, Aneurysma, Krampfadern)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

11. Hastanın herhangi bir kalp-damar hastalığı (ör. h e kalp yetmezliği, kalp kapak hastalığı, angina pectoris, enfarktüs, inme, aritmi, kalp kası iltihabı, yüksek tansiyon) var mı/oldu mu?

Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskellentzündung, hoher Blutdruck)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

12. Düşük kan basıncı (hipotansiyon) sorunu var h e mı?

Besteht ein niedriger Blutdruck?

13. Efor sırasında nefes darlığı oluyor mu? h e

Tritt Atemnot bei Belastung auf?

14. Hastanın herhangi bir solunum sistemi/akciğer hastalığı (ör. bronşiyal astım, kronik bronşit, akciğer iltihabı, amfizem) var mı/oldu mu?

Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung)?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

15. Hastanın aşırı horlama, uyku apnesi veya ses h e teli/diyafraam felci sorunu var mı?

Tritt starkes Schnarchen auf, liegt eine Schlafapnoe vor oder besteht eine Stimmband-/Zwerchfelllähmung?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, was? _____

16. Hastanın herhangi bir sindirim sistemi hastalığı (ör. yemek borusu, mide, pankreas, bağırsak hastalığı) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems (z.B. Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
17. Mide yanması veya reflü hastalığı var mı? h e
Tritt Sodbrennen auf oder besteht eine Refluxkrankheit?
18. Hastanın herhangi bir karaciğer, safra kesesi/safra yolu hastalığı (ör. iltihap, karaciğer yağlanması, siroz, safra kesesi taşı) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Erkrankung der Leber, Gallenblase/-wege (z.B. Entzündung, Fettleber, Zirrhose, Gallensteine)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
19. Hastada sarılık var mı? h e
Besteht/Bestand eine Gelbsucht?
20. Hastanın böbreklerinde veya üriner organlarında herhangi bir hastalık veya bozukluk (ör. böbrek fonksiyon bozukluğu, böbrek iltihabı, böbrek taşı, mesane fonksiyon bozukluğu) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane (z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
21. Hastanın herhangi bir metabolizma hastalığı (ör. şeker hastalığı, gut hastalığı) var mı? h e
Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
22. Hastanın herhangi bir tiroit bezi hastalığı (ör. hipertiroidizm, hipotiroidizm, guatr) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
23. Hastanın herhangi bir kas veya iskelet hastalığı (ör. kas zayıflığı, eklem hastalığı, osteoporoz) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung (z.B. Muskelschwäche, Gelenkerkrankung, Osteoporose)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
24. Hastanın kan bağı olan akrabaları dahil, "aşırı ateş" eğilimi (malign hipertermi) var mı? h e
Besteht eine Veranlagung zur „Überhitzung“ (malignen Hyperthermie), auch bei Blutsverwandten?
25. Omurga hasarı var mı? h e
Bestehen Wirbelsäulenschäden?
26. Hastanın herhangi bir sinir sistemi hastalığı (ör. felç, nöbet [epilepsi], kronik ağrı) var mı/oldu mu? h e
Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Krampfleiden [Epilepsie], chronische Schmerzen)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
27. Başka herhangi bir hastalık/bozukluk (ör. başgışıklık yetmezliği, Multipl Skleroz, Huzursuz Bacak Sendromu, migren/sık baş ağrısı, Depresyon, göz hastalığı, duyma güçlüğü) var mı? h e
Bestehen weitere Erkrankungen/Beeinträchtigungen (z.B. Abwehrschwäche, Multiple Sklerose, Restless-legs-Syndrom, Migräne/häufige Kopfschmerzen, Depressionen, Augenerkrankung, Hörschwäche)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin Wenn ja, welche? _____
28. Hastanın diş sağlığı ile ilgili özel bir durum (ör. parodontoz, sallanan diş, diş dizilim bozukluğu [diş teli], protez, köprü, kron, implant) var mı? h e
Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne (z.B. Parodontose, lockere Zähne, Zahnfehlstellung [Zahnspange], Prothese, Brücke, Krone, Implantat)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
29. Hastanın vücudunda implant (ör. kalp pili/defibrilatör, eklem endoprotezi, kalp kapakçığı, stent, metal, plastik, silikon) var mı? h e
Befinden sich Implantate im Körper (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
30. Hastaya yakın zamanda başka herhangi bir tıbbi tedavi uygulandı mı? h e
Ist in letzter Zeit eine andere ärztliche Behandlung erfolgt?
Yanıt evetse, lütfen zamanını ve nedenini belirtin. Wenn ja, wann und weswegen? _____
31. Hasta daha önce doğum yaptı mı? h e
Hatten Sie schon eine (oder mehrere) Entbindung(en)?
Yanıt evetse, ne zaman (yıl)? Wenn ja, wann (Jahr)? _____
- Yanıt evetse, doğum sırasında özel bir durum veya sorun (ör. şiddetli kanama/doğum sonrası kanama, vakum/forseps kullanımı, sezaryen, düşük) yaşandı mı? h e
Wenn ja, ergaben sich Besonderheiten oder Probleme im Geburtsverlauf (z.B. starke Blutungen/Nachblutungen, Einsatz von Saugglocke/Zange, Kaiserschnitt, Fehlgeburt)?
Yanıt evetse, lütfen belirtin Wenn ja, welche? _____
32. Hastaya daha önce ameliyat uygulandı mı? h e
Wurde schon einmal eine Operation durchgeführt?
Yanıt evetse, lütfen ilgili ameliyatı ve zamanını belirtin. Wenn ja, welche/wann? _____
33. Hastaya daha önce narkoz, bölgesel anestezi veya lokal anestezi (örneğin diş muayenesi sırasında) uygulandı mı? h e
Wurde schon einmal eine Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt?
Yanıt evetse, komplikasyon oluştu mu? h e
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?
Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____
34. Hastanın mide bulantısı/kusma eğilimi var mı? h e
Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen?

35. Hastanın kan bağı olan akrabalarında anesteziyle ilgili herhangi bir sorun yaşandı mı? h e

Traten bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?

Yanıt evetse, lütfen belirtin Wenn ja, welche? _____

36. Hastaya daha önce kan/kan bileşeni nakli (transfüzyon) uygulandı mı? h e

Ist schon einmal eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen (Transfusion) erfolgt?

Yanıt evetse, komplikasyon oluştu mu? h e

Wenn ja, gab es dabei Komplikationen?

Yanıt evetse, lütfen belirtin. Wenn ja, welche? _____

37. Hasta düzenli olarak tütün ürünleri kullanıyor mu? h e

Regelmäßiger Tabakkonsum?

Yanıt evetse, lütfen hangi ürünü, ne kadar kullandığını belirtin. Wenn ja, was und wie viel? _____

38. Hasta düzenli olarak alkol ürünü kullanıyor mu? h e

Regelmäßiger Alkoholkonsum?

Yanıt evetse, lütfen hangi ürünü, ne kadar kullandığını belirtin. Wenn ja, was und wie viel? _____

39. Hap/uyuşturucu bağımlılığınız var mı? h e

Besteht eine Tabletten-/Drogenabhängigkeit?

Yanıt evetse, lütfen belirtin Wenn ja, welche? _____

Doktorun _____ bilgilendirme

Adı

görüşmesiyle ilgili notları

Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ zum Aufklärungsgespräch
Name

Görüşülen konular: Spinal anestezi, epidural anestezi, genel anestezi, endikasyon, diğer ağrı dindirme yöntemlerine göre avantajları ve dezavantajları, ağrı kesicilerle kombinasyonu, spinal anestezi ve PDA olası kombinasyonu, genel anesteziye geçme olasılığı, bölgesel anestezinin/genel anestezinin genel ve özel riskleri ve komplikasyonları, genel anestezinin/bölgesel anestezinin anne ve çocuğu üzerine etkileri, davranış tavsiyeleri (ör. ayık kalma, doktora bildirilmesi gereken anestezi sonrası olası komplikasyonlar), müteakip ve ikinci müdahaleler (ör. kateter yerleştirilmesi, kan nakli) ve özellikle, bireysel görüşme içeriği, ör. kişisel önlemlerin reddi, gerektiğinde doğumun başlamasından sonra gebe kadının izin verme yeteneği, reşit olmayan gebe kadının muhakeme yeteneğinin belirlenmesi, velayet durumu, gerektiğinde yasal temsilci/temsil izni gibi durumları belirtin. Bireysel bilgilendirme formunda aşağıdaki hususlar belirtilmiştir:

Erörtert wurden vor allem: Spinalanästhesie, Periduralanästhesie, Narkose, Indikation, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verfahren zur Schmerzlinderung, Kombination mit Schmerzmitteln, eventuelle Kombination von Spinalanästhesie und PDA, möglicher Übergang zur Narkose, allgemeine und spezielle Risiken und Komplikationen der Regionalanästhesie/Narkose, mögliche Auswirkungen der Narkose/Regionalanästhesie auf Mutter und Kind, risikoerhöhende Besonderheiten, Verhaltenshinweise (z.B. Nüchternheit, mögliche Beschwerden nach der Anästhesie, die einem Arzt mitgeteilt werden müssen), etwaige Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Legen eines Katheters, Bluttransfusion) sowie (bitte hier insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z.B. die Ablehnung einzelner Maßnahmen, ggf. Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren bei Aufklärung nach Einsetzen der Wehen, ggf. Einsichtsfähigkeit einer minderjährigen Schwangeren, Betreuungsfall, ggf. fehlende Einsichtsfähigkeit und Zustimmung des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin/Bevollmächtigten, ggf. Gesprächsdauer. Die individuelle Aufklärung beinhaltete v.a. folgende Punkte:

Anne adayının diş sağlığına ilişkin notlar:
Anmerkungen zum Zahnstatus der werdenden Mutter:

Doğumda veya Sezaryenle doğumda ağrının azaltılması için aşağıdaki anestezi yöntemi planlanmaktadır:

Folgendes Anästhesieverfahren ist für die Schmerzerleichterung bei der Geburt bzw. für einen Kaiserschnitt vorgesehen:

- Spinal anestezi**
Spinalanästhesie
- Epidural anestezi (PDA)**
Periduralanästhesie (PDA)
- Kombine Spinal ve Epidural Anestezi (CSE, Kombine Spinal Epidural Anestezi)**
Kombinierte Spinal- und Periduralanästhesie (CSE)
- Narkoz (Genel Anestezi)**
Narkose (Allgemeinanästhesie)

Bilgilendirilmiş Onay

Einwilligung

Bilgilendirme formunu okudum ve anladım. Bilgilendirme görüşmesi sırasında beni ilgilendiren tüm soruları sorma imkânım oldu. Sorularım tamamen ve anlaşılır şekilde cevaplandırıldı. Bana yeterli bilgi verildi, kararımı ayrıntılı olarak düşündüm ve ek düşünme süresine ihtiyacım yok.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Yukarıda önerilen anestezi yöntemini onaylıyorum. Planlanan anestezi yönteminin değiştirilmesini veya genişletilmesini ve tıbbi açıdan gerekli olabilecek genel anesteziye geçiş ve yan ve müteakip müdahaleleri de kabul ediyorum.

Ich willige in das vorgeschlagene Anästhesieverfahren ein. Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des geplanten Anästhesieverfahrens, insbesondere einem ggf. notwendigen Übergang zur Narkose, sowie mit medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Soru formunu (anamnez) bildiğim kadarıyla doldurdum. Davranış kurallarına uyacağım.

Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Yer, tarih, saat
Ort, Datum, Uhrzeit

Anne aday
werdende Mutter

Doktor
Ärztin/Arzt