



Patienten-Aufklärung und Einwilligung zur Anästhesie

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Sie werden demnächst im GZF einen Eingriff vornehmen lassen. Die Anästhesie bietet Ihnen die Möglichkeit, diesen schmerzarm durchzuführen. Die Anästhesieärztin wird Sie vor dem Eingriff über die in Betracht kommenden Anästhesieverfahren und deren Vor- bzw Nachteile informieren. Das Aufklärungsgespräch soll Ihnen erlauben, das Verfahren, welches sich am besten eignet zu wählen.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Informationen (Anästhesieverfahren, Risiken, Nebenwirkungen) zu lesen und das ausgefüllte Formular sowie ggf. vorliegenden Zusatzunterlagen (Allergiepass, Medikamentenliste, Hausarztunterlagen) zum Anästhesiegespräch mitzubringen.

Mit den folgenden Fragen möchten wir wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand erfassen, um die bei Ihnen vorgesehene Operation in Lokal-, Regional- oder Allgemeinanästhesie optimal planen zu können.

Haben Sie bereits Anästhesien/Operationen gehabt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leiden Sie unter Atemnot, wenn Sie zwei Stockwerke hochsteigen, ohne anzuhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gab es diesbezüglich Probleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leiden Sie an einer Lungenkrankheit? (Schlafapnoe/Asthma/COPD?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht bei Ihnen eine Stoffwechselkrankheit? Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rauchen Sie, trinken Sie regelmässig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Nierenprobleme (z. B. Dialyse)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie ein Nervenleiden (Schlaganfall, Lähmung, Epilepsie, Muskelerkrankung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie an saurem Aufstossen (Reflux)? Oder hatten Sie eine Magenoperation?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie eine Erkrankung des Skelettsystems (Wirbelsäulenschäden, Bandscheibenprobleme, Geherkrankung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt eine Erkrankung der Leber vor (z. B. Gelbsucht, Zirrhose)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie lockere Zähne, Zahnschäden oder tragen Sie Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie eine Augenerkrankung (z. B. Grüner / Grauer Star)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?		Haben Sie Allergien (Medikamente, Jod, Latex)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung? Neigen Sie zu Blutergüssen, Nasen- oder Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leiden Sie an noch nicht aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gab es bei Familienangehörigen Probleme im Zusammenhang mit Narkosen/Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Herzschrittmacher, Rhythmusstörungen, Angina pectoris)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ihre Fragen und Wünsche zur Anästhesie:	

Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Klinik für Anästhesiologie
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 63 30
anaesthesie@gzf.ch

Sicherheits- und Risikoaufklärung

Die Sicherheit aller Anästhesieverfahren ist heute sehr gross, das Risiko von lebensbedrohlichen Zwischenfällen ist selbst bei schweren Vorerkrankungen äusserst gering. Alle lebenswichtigen Körperfunktionen werden heute lückenlos überwacht und wenn nötig sofort korrigiert, zum Beispiel Herztätigkeit, Kreislauf- und Atemfunktion. Schwere Nebenwirkungen oder sogar bleibende Schäden sind sehr selten.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Alter: _____

Körpergewicht: _____ Körpergrösse: _____

Beruf: _____

Bitte besprochene Punkte abhaken.

Allgemeine Risiken

Übelkeit, Erbrechen, Kältezittern, Juckreiz, Schwierigkeiten beim Wasserlösen, Verwirrheitszustände und Gedächtnisstörungen
sehr selten: allergische und medikamentöse Reaktionen, lebensbedrohliche Zwischenfälle wie Atem- und Kreislaufstillstand oder Narkosefieber (maligne Hyperthermie), lagerungsbedingte Nervenschädigungen, Infektionen oder Blutungen an der Punktionsstelle

Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)

Hals- und Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Stimmbandverletzung, Zahnschäden, Lippenverletzungen, Gefühlsstörungen der Zunge
sehr selten: Aspiration (Mageninhalt gelangt in die Lunge), Wachsein während der Narkose, Hornhautverletzung

Regionalanästhesie (Teilnarkose)

Bei jeder Regionalanästhesie kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein. Es ist aber jederzeit möglich, eine Teilnarkose mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln oder mit einer Vollnarkose zu ergänzen.

Rückenmarksnahe Anästhesie

(Spinalanästhesie, Periduralanästhesie)
Blutdruckabfall mit Übelkeit, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Harnverhaltung
sehr selten: Beeinträchtigung des Hör- und Sehvermögens, Nervenverletzung mit Lähmungen oder gar Querschnittslähmung

Andere Regionalanästhesien

(Plexus-, Leitungsanästhesie, intravenöse Regionalanästhesie)
Venenreizungen, Bluterguss, Infektion, Heiserkeit
sehr selten: Nervenschädigung, Intoxikation (unerwartet starke Nebenwirkungen der lokalen Betäubungsmittel), Lungenkollaps

Sedation «Beruhigung»

(meist als Narkosevorbereitung oder in Ergänzung zur Teilnarkose)
Dämpfung der Atmung, Bewusstseinsverminderung
(z. B. reduzierte Erinnerung für die Zeit der Wirkung resp. der Operation)

Besondere Massnahmen

- Harnblasenkatheter: Harndrang, Infektion, spätere Verengung der Harnröhre
- Bluttransfusion: Unverträglichkeitsreaktion
sehr selten: Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)
- Zentralvenenkatheter: Infektion, Blutung, Nervenschaden, Lungenkollaps, Thrombose
- Arterienkanüle: Gefässverschluss, Blutung, Infektion, Nervenverletzungen
- Überwachungsstation: Nach grossen Operationen oder bei schweren Erkrankungen kann ein Aufenthalt auf der Überwachungsstation (IMC) nötig werden.

Entlassung am Operationstag

Wenn Sie noch am gleichen Tag der Operation entlassen werden können, müssen Sie von einer Begleitperson nach Hause gebracht werden. In der Regel dürfen Sie bis zum nächsten Morgen nicht selbstständig am Strassenverkehr teilnehmen, keine wichtigen Entscheidungen fällen (z. B. Verträge unterzeichnen) und keinen Alkohol trinken, respektive Beruhigungsmittel einnehmen.

Für Ihre Sicherheit

6 Stunden vor der Anästhesie dürfen Sie nichts mehr essen. Bis 2 Stunden vor dem Eingriff dürfen Sie noch klare Flüssigkeit trinken (Wasser/ Tee ohne Milch oder Rahm). Halten Sie sich bitte strikt an die Weisungen. Ansonsten steigt das Komplikationsrisiko und Sie riskieren die Verschiebung der Operation. Nehmen Sie alle Medikamente am Operationstag nur nach ärztlicher Verordnung ein. Bitte beachten Sie, dass Sie während einer Operation keine Kontaktlinsen, Ringe, Uhren oder anderen Schmuck und keine Zahnprothesen auf sich tragen dürfen! Am besten lassen Sie Wertgegenstände und grosse Bargeldbeträge zu Hause.

Verhaltensregel nach einer Operation

- Informieren Sie den Dienstarzt (06 1/835 66 66) falls eines der folgenden Probleme nach einer Operation auftritt: starke Übelkeit/Erbrechen, Atemnot/Brustschmerzen, Fieber/Schüttelfrost, Rücken- oder Kopfschmerzen/Nackensteifigkeit, Gefühlsstörungen/ Lähmungen.

Einwilligung zur Anästhesie (Durch die Anästhesie auszufüllen)

Geplante Operation: _____

Operationsdatum: _____

Geplantes Anästhesieverfahren und zusätzliche Massnahmen

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Intubation | <input type="checkbox"/> Larynxmaske | <input type="checkbox"/> Maske |
| <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie | <input type="checkbox"/> IVRA | <input type="checkbox"/> Periduralanästhesie |
| <input type="checkbox"/> Plexus | <input type="checkbox"/> LA/standby | <input type="checkbox"/> Sedation |
| <input type="checkbox"/> Schmerzkatheter | <input type="checkbox"/> PCA | <input type="checkbox"/> Arterie/ZVK |
| <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> IMC | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Notizen des Anästhesiearztes zum Aufklärungsgespräch

Gesprächsdauer: _____ Min

Ich wurde vom Anästhesisten über die geplante Anästhesiemethode sowie deren Risiken informiert und aufgeklärt. Die Anästhesiebroschüre sowie Sicherheits- und Risikoaufklärung habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich mit dem vereinbarten Anästhesieverfahren und den Risiken sowie mit notwendigen Änderungen einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient/
gesetzlicher Vertreter: _____

Datum, Unterschrift Anästhesist: _____