

Anästhesie Fragebogen

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Vorname _____ Name _____
 Geb. Datum _____ Gewicht _____
 Grösse _____ Beruf _____

Geplante Operation _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

(Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen)

- Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, wie häufig und in welcher Dosierung?

- Hatten Sie schon früher Operationen? Wenn ja, welche, wann? Ja Nein

- Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten? Ja Nein
 (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden,
 Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen) oder Andere:

- Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen? Ja Nein
- Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Ja Nein
- Ergaben sich dabei Komplikationen? Ja Nein

Ist Ihnen bekannt, dass Sie aktuell an einer der folgenden Krankheiten leiden?

(Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen)

- Herzerkrankungen? Ja Nein
 (z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen,
 Herzmuskelentzündung, Herz- Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher)

- Kreislauf- und Gefässerkrankungen? Ja Nein
 (z.B. Lungenembolie, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, zu hoher / zu niedriger Blutdruck)

- Lungen- und Atemwegserkrankungen? Ja Nein
 (z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma,
 chronische Bronchitis, Lungenblähung, Husten, Auswurf)

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

- Magen- und Darmerkrankungen? Ja Nein
(z.B. häufiges Sodbrennen und saures Aufstossen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme)
- Lebererkrankungen? (z.B. Gelbsucht, Hepatitis) Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte) Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen? (z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf) Ja Nein
- Augenerkrankungen? (z.B. grauer oder grüner Star, Pupillendifferenz) Ja Nein
- Nervenleiden? (z.B. Epilepsie, Lähmungen) Ja Nein
- Gemütsleiden? (z.B. Depression) Ja Nein
- Erkrankungen des Bewegungsapparates? Ja Nein
- Muskelerkrankungen, Muskelschwäche oder maligne Hyperthermie? Ja Nein
- Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine Muskelerkrankung oder maligne Hyperthermie bekannt? Ja Nein
- Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
(z.B. Blutarmut, verlängerte Blutung nach Zahnziehen od. aus Wunden, Nasenbluten ohne klare Ursache, blaue Flecken ohne Anstossen)
- Allergien oder Überempfindlichkeiten? Ja Nein
(Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, etc.)
Welche: _____
- Leiden Sie an einer anderen nicht aufgeführten Erkrankung? Ja Nein
Welche: _____

Verschiedenes

- Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Zahnbrücken, Prothesen?) _____ Ja Nein
- Haben Sie lockere Zähne? Wenn ja, wo? _____ Ja Nein
- Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Lebensgewohnheiten

- Rauchen Sie regelmässig? Wie viel? _____ Ja Nein
- Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wie viel? _____ Ja Nein
- Nahmen oder nehmen Sie Drogen? Welche? _____ Ja Nein

Aufklärung Anästhesie und Einwilligungserklärung

Diese Seite wird vor Ort zusammen mit dem/der Anästhesiearzt*in ausgefüllt

Die Verfahren und die Nebeneffekte werden mit dem/der Anästhesiearzt*in zusätzlich und ausführlich besprochen. Hier eine kurze Zusammenfassung:

Allgemeine Risiken

Übelkeit, Erbrechen, Kältezittern, allergische Reaktionen, Rückenschmerzen, Nervenschädigungen durch Lagerung. Das Abbrechen oder Beschädigen eines Zahnes bei der Narkoseeinleitung kann, wenn auch sehr selten, immer vorkommen. Das Risiko des Zahnschadens und die Zahnwiederherstellungskosten gehen zu Lasten des/der Patient*in

Bei Ihnen sind die folgenden Verfahren für die Anästhesie und spezifische postoperative Schmerztherapie vorgesehen:

- **Rückenmarksnahe Regionalanästhesie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
Spezifische Risiken: Blutdruckabfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, Harnverhalt, Infektion
Sehr selten: Nervenschäden, Querschnittslähmung, Verschlechterung von Hör- und Sehvermögen
- **Periphere Leitungsanästhesie** (Nervenblockaden: Arm, Schulter, Bein)
Spezifische seltene Risiken: Nervenschäden, Infektionen
- **Allgemeinanästhesie** (Vollnarkose)
Risiken: Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Zahnschaden, Aspiration, ungenügende Narkosetiefe
- **Spezifische postoperative Schmerztherapie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
 Peripherer Nervenkatheter Periduralkatheter Intravenöse PCA-Pumpe

Spezifische Risiken bei weiteren vorgesehenen Massnahmen:

- **Urinkatheter:** Infektion, Harndrang, Harnröhrenverengung
- **Bluttransfusion:** Unverträglichkeitsreaktion, sehr selten Übertragung einer Viruserkrankung
- **Zentralvenöser Katheter:** Infektion, Lungenkollaps, Blutung

Notizen der/des Anästhesiearzt*in zum Aufklärungsgespräch:

(z.B. Individuelles Risiko, Risiko erhöhende Umstände, Bemerkungen zum Ablauf, Antworten auf Fragen im Verlaufe des Aufklärungsgesprächs) _____

Einwilligungserklärung

Der/Die unterzeichnende Anästhesiearzt*in hat mit mir heute anhand meiner Antworten zu den obenstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch über das für mich vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art des Verfahrens, dessen Vor- und Nachteilen und den damit verbundenen Risiken. Ich weiss, dass ich nur bis 6 Std. vor der Anästhesie essen und bis 2 Std. vorher klare Flüssigkeit trinken darf. Ich weiss, welche Medikamente ich wann einnehmen soll. Im Falle einer Entlassung am Operationstag sind mir die Verhaltensregeln bekannt.

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige ein, dass die besprochene Anästhesie durchgeführt wird

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in
oder der Sorgeberechtigten

Unterschrift Anästhesiearzt*in