

→ Merkblatt

Fragebogen
Einwilligungserklärung



info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte lesen Sie dieses Merkblatt vor dem Narkose-Aufklärungsgepräch.

der geplante Eingriff soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) erfolgen. Wenn auch andere Anästhesieverfahren in Betracht kommen, klären wir Sie in jedem Fall über die Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren auf. Dieser Informationsbogen soll Sie auf das Aufklärungsgespräch vorbereiten.

Narkose

Die Narkose (Allgemeinanästhesie) schaltet Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Der Patient befindet sich von Anfang bis Ende der Narkose in einem schlafähnlichen Zustand. Eingeleitet wird die Narkose, indem die Medikamente in eine Vene gespritzt werden. Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt. Alternativ zur Narkoseeinleitung werden gasförmige Narkosemittel über eine Maske, die auf Mund und Nase aufliegt, gegeben (Masenkennarkose). Nachdem Sie eingeschlafen sind, werden wir Sie über einen Beatmungsschlauch, der auf dem Kehlkopf aufsitzt (Kehlkopf- oder Larynxmaskenkennarkose) oder in die Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose), mit Sauerstoff beatmen. Die Intubation vermindert zudem das Risiko, dass Speichel oder Mageninhalt in die Lunge fließt. Zum Einführen des Tubus sind muskelerschlaffende Medikamente notwendig, die darüber hinaus auch die Operationsbedingungen verbessern.

Eine Kombination der Narkose mit Regionalanästhesie kann den Bedarf an Narkosemitteln verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten. Ist dies vorgesehen, werden wir Sie darüber gesondert informieren.

Risiken und mögliche Komplikationen der Narkose

Der Anästhesist überwacht die Körperfunktionen vor, während und nach der Anästhesie, um Risiken und Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können. Trotz aller Sorgfalt

lässt sich nicht mit letzter Sicherheit ausschließen, dass es in seltenen Fällen zu Wachzuständen und extrem selten auch zu Schmerzzuständen während der Narkose kommen kann.

Die nachfolgend aufgeführten Risiken und Komplikationen treten insgesamt gesehen extrem selten auf (bei 10.000 Anästhesien gibt es maximal einen folgenschweren Anästhesie-Zwischenfall):

Selten kommt es zu Atembeschwerden oder Kreislaufreaktionen (z. B. asthmaähnliche Atembeschwerden, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlages), die sich meist schnell beheben lassen. Schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen und andere lebensbedrohliche Komplikationen, z. B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand oder Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnung sind selbst bei Patienten mit gesundheitlicher Vorbelastung sehr selten.

Die Intubation/Anwendung der Larynxmaske kann vorübergehend Schluckbeschwerden und Heiserkeit verursachen. Sehr selten sind Verletzungen in Rachen, Kehlkopf und Luftröhre sowie Stimmbandschädigungen mit bleibenden Stimmstörungen (Heiserkeit) und Atemnot. Zahnschäden oder Zahnverlust sind insbesondere bei lockeren Zähnen möglich.

Bei Eingriffen im Mund-Zahn-Bereich wird die Intubation durch die Nase vorgenommen. Es kann danach gelegentlich zu Nasenbluten oder Geruchsstörungen kommen. Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge lebensbedrohlicher Stoffwechselentgleisung extrem an (maligne Hyperthermie). Eine sofortige medikamentöse und intensivmedizinische Behandlung ist dann notwendig. Vorübergehende oder bleibende Nervenschäden (z. B. Missemppfindungen) sowie Blutergüsse und Infektionen im Bereich der Einstichstelle der Venenkanüle (z. B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe),

Kontakt

OP-Zentrum im Ullsteinhaus
Mariendorfer Damm 1
12099 Berlin
T: 030.70 20 61 76
F: 030.70 20 61 78

OP-Zentrum Clinica Vita
Hohenzollerndamm 28A
10713 Berlin
T: 030.86 09 99 10
F: 030.86 09 99 23

→ Merkblatt

Fragebogen

Einwilligungserklärung



info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

die einer operativen Versorgung bedürfen, sind selten. Extrem selten sind bleibende Lähmungen oder Infektionen, die zu einer schweren allgemeinen Blutvergiftung (Sepsis) führen. Gefühlsstörungen oder Lähmungen an Armen und Beinen durch Druck oder Zerrung während der Operation lassen sich nicht absolut sicher ausschließen; sie bilden sich meist innerhalb weniger Monate zurück. Übelkeit und Erbrechen sind seltener geworden, lebensbedrohliche Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem sind sehr selten. Selten kommt es zu einem krampfartigen Verschluss der Luftwege, der sich in der Regel beherrschen lässt.

Neben- und Folgeeingriffe

Vorbereitende, begleitende und nachfolgende Maßnahmen (z.B. Überwachungsmaßnahmen, Infusionen, das Legen einer Verweilküple/ eines zentralen Venenkatheters, sind nicht frei von Risiken. Trotz aller Sorgfalt bei der Herstellung von Fremdblutkonserven, Plasmaderivaten und anderen Blutprodukten lassen sich bei ihrer Übertragung/Anwendung Risiken von Infektionen nicht sicher ausschließen. Eine Eigenblutübertragung vermeidet solche Risiken, eignet sich aber nur für bestimmte Operationen und einen Teil der Patienten.

Vor der Operation

→ **Bis 6 Stunden vorher** darf eine Kleinigkeit gegessen werden (Scheibe Weißbrot mit Marmelade, Glas Milch).

→ **Ab 6 Stunden vor der OP** dürfen Sie nicht rauchen und nichts essen (auch keine Bonbons, kein Kaugummi, kein Obst, keine Milchprodukte).

→ **Bis 2 Stunden vorher** dürfen 1 bis 2 Gläser klare Flüssigkeit (Tee, Wasser), jedoch keine Milch und keine trüben Säfte getrunken werden.

→ Sagen Sie dem Anästhesisten, wenn Sie doch etwas gegessen, getrunken oder geschluckt haben. Bei Nichteinhalten der Nüchternheit kann die Narkose wegen dann drohender Lebensgefahr nicht durchgeführt werden, d.h. die geplante Operation muss ausfallen!

→ Wenn Sie regelmäßig Medikamente einneh-

men, fragen Sie bitte spätestens einen Werktag vor dem OP-Termin telefonisch nach, welche Medikamente eingenommen werden dürfen/ sollen.

→ Legen Sie Kontaktlinsen, Zahngelenkspangen, Ringe, Schmuck, Piercings, Haarteile ab. Bitte kommen Sie zum OP-Termin ungeschminkt! Verwenden Sie keine fetthaltigen Gesichtscremes.

→ Direkt vor dem Eingriff entleeren Sie bitte auf der Toilette Blase und ggf. Darm.

Nach dem Eingriff

Bei ambulanten Eingriffen muss der Patient mit einer erwachsenen Begleitperson zum Eingriff kommen. Eine Begleitperson kann direkt nach dem Eingriff, wenn der Patient sich in unserem Aufwachraum erholt, beim Patienten sein und muss sich in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff um die Betreuung des Patienten kümmern. Der Operierte darf erst nach der Entlassung durch einen Arzt bzw. die Aufwachraumschwester das OP-Zentrum verlassen. Der Patient darf 24 Stunden lang nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, nicht an laufenden Maschinen arbeiten, weder Alkohol noch Beruhigungsmittel zu sich nehmen und sollte keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Der nachfolgende Fragebogen bezieht sich auf den Patienten. Bitte füllen Sie den Bogen unbedingt vor dem Aufklärungsgespräch aus. Wir benötigen alle Angaben, um die Anästhesie ganz auf Sie abstimmen zu können. Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie können auch vorab telefonisch Fragen stellen und mit uns einen Termin für das Aufklärungsgespräch vereinbaren, **das spätestens einen Tag vor der Operation stattfinden muss**. Unter Berücksichtigung Ihrer Antworten schlagen wir das für Sie günstigste Anästhesieverfahren vor.

Fragen Sie den Anästhesisten nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert. Weitere Informationen finden Sie unter www.spreedocs.de/Narkose.

Vor der Operation beachten Sie bitte unbedingt neben- stehende Regeln

Merkblatt

→ **Fragebogen**

Einwilligungserklärung



info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

→ Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und korrekt. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an, unterstreichen bzw. ergänzen es. Bringen Sie diese wichtigen Informationen zum Gespräch mit dem Narkosearzt mit. Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für Ihre Sicherheit zu tun!

A PERSÖNLICHE DATEN

Patient

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Gewicht (in kg)	
Beruf		Größe (in cm)	

Anschrift

Straße Hausnummer		Telefon	
PLZ Ort		Mobiltelefon	

Operation

Krankenkasse		OP-Termin	LL . LL . LL
Hausarzt		Uhrzeit	LL : LL
Operierender Arzt			
Geplanter Eingriff			

B VERSORGUNG ZU HAUSE NACH DEM AMBULANTEN EINGRIFF

Durch wen ist Ihre Betreuung während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff gewährleistet?

Name, Vorname		Alter	
Straße Hausnummer		Telefon	
PLZ Ort		Mobiltelefon	

Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ständig erreichbar?

Anschrift Straße		Telefon Mobil-Nr.	
--------------------	--	---------------------	--

Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer/Fahrerin zur Verfügung?

Ja Nein

Wie lange brauchen Sie, um das nächstgelegene Krankenhaus zu erreichen?

Minuten

Merkblatt

→ **Fragebogen**

Einwilligungserklärung



info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

C GESUNDHEITSZUSTAND I KRANKHEITEN

Ja Nein

- 1 Waren Sie kürzlich in ärztlicher Behandlung?
→ Weswegen? _____
- 2 Haben Sie z. Zt. eine Erkältung oder Fieber?
- 3 Traten in letzter Zeit Durchfall und/oder Erbrechen auf?
- 4 Liegt eine Infektion vor?
- 5 Sind Sie schwanger?
- 6 Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen?
(Schiffs-/Flugreisen)

D MEDIKAMENTE

Ja Nein

- 7 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
→ Welche? _____

(Herz-/Kreislauf-, Blutzucker-, Blutgerinnungshemmende Medikamente, Aspirin, Schlaf-, Abführmittel, Pille)

E FRÜHERE OPERATIONEN

Ja Nein

- 8 Gab es frühere Operationen?
→ Wann I Woran? _____

9 Gab es dabei Besonderheiten?
→ Welche? _____
- 10 Wurden bei Ihnen schon einmal Blut/Blutbestandteile übertragen (Transfusion)?
- 11 War Ihnen früher bei Operationen übel oder mussten Sie erbrechen?

F AKUTE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Leiden/litten Sie an einer akuten chronischen Erkrankung?

Ja Nein

- 12 **Herzerkrankungen**
(z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappen-, Herzmuskelkrankung, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)
- 13 **Kreislauf I Gefäßerkrankungen**
(z. B. zu hoher/zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Thrombose, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen, Krampfadern)
- 14 **Lungen I Atemwegserkrankungen**
(z. B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Tuberkulose)
- 15 **Lebererkrankungen**
(z. B. Gelbsucht, Leberverfettung, -verhärtung, Gallensteine)
- 16 **Nierenerkrankungen**
(z. B. Nierensteine, Nierenbeckenentzündung, Nierenentzündung)
- 17 **Stoffwechselerkrankungen**
(z. B. Gicht, Zuckerkrankheit)
- 18 **Schilddrüsenerkrankungen**
(z. B. Unter- oder Überfunktion, Kropf)
- 19 **Speiseröhre, Magen, Darm**
(z. B. Refluxkrankheit, Geschwür, Engstelle, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)
- 20 **Augenerkrankungen**
(z. B. grüner oder grauer Star, Kontaktlinsen)
- 21 **Nervensystem I Gemüt**
(z. B. Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Schlaganfall, Depressionen, häufige Kopfschmerzen)

Fortsetzung auf S. 5

Merkblatt

→ **Fragebogen**

Einwilligungserklärung



info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

G AKUTE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN (Fortsetzung)

Ja Nein

- 22 Erkrankungen des Skelettsystems
(z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Schulter-Arm-Syndrom)
- 23 Bluterkrankungen
(z. B. Blutgerinnungsstörungen (auch bei Blutsverwandten), häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken auch ohne Verletzung oder nach leichter Berührung, Neigung zu Blutergüssen)
- 24 Muskelerkrankungen
(z. B. Muskelschwäche)
- 25 Allergien
(z. B. Überempfindlichkeiten gegen Nahrungsmittel, Betäubungs-, Schmerz-, Desinfektionsmittel, Pflaster, Jod, Latex)
Andere Allergien: _____

H ANDERE ERKRANKUNGEN I BEHINDERUNGEN I CHRONISCHE SCHMERZEN

- 26 Haben Sie Behinderungen, chronische Schmerzen, andere Erkrankungen?
Welche: _____

- 27 Karies, lockere Zähne?
- 28 Zahnersatz?
(Prothese, Krone, Brücke, Stiftzahn)
- 29 Sind Sie schwerhörig?
- 30 Haben Sie ein Hörgerät?
- 31 Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen?

I GEWOHNHEITEN

- 32 Rauchen Sie?
→ Was rauchen Sie und wie viel täglich?

- 33 Trinken Sie Alkohol?
→ Was trinken Sie und wie viel täglich?

- 34 Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?
→ Welche? _____
- 35 Nahmen/nehmen Sie Drogen
Welche? _____

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Narkose-Gespräch mit:

- die Versichertenkarte Ihrer Krankenkasse
- ein Lichtbild dokument (Personalausweis, Führerschein)
- diesen ausgefüllten Fragebogen zu Ihren Vorerkrankungen (S. 3–5) und die Einwilligungserklärung (S. 6)
- in Ihrem Besitz befindliche Krankenunterlagen, wie: Allergiepass, Herzschrittmacherausweis, Anästhesieausweis oder Warnhinweise, die Sie nach einer vorangegangenen Narkose erhalten haben
- von Ihrem behandelnden Arzt in Vorbereitung auf die Operation mitgegebene Untersuchungsergebnisse (EKG, Röntgenbild, Ultraschalluntersuchung, Laborergebnisse, Lungenfunktionstests u. ä.)



Merkblatt

Fragebogen

→ Einwilligungserklärung

info@spreedocs.de
www.spreedocs.de

Name Patient _____

Geb.datum Patient _____

Vorname Patient _____

Anästhesist _____

I DOKUMENTATION DES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHS

- Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Alle mich interessierenden Fragen konnte ich während des Aufklärungsgesprächs stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
- Die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Das Merkblatt für ambulante Narkosen habe ich erhalten und gelesen. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.
- Die auf Seite 3 genannte Begleitperson habe ich über den Inhalt des Merkblattes informiert.

Vermerke des / der Erörtert wurden u. a.: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen
Anästhesisten/-in zum Methoden, mögliche Komplikationen, Risiken spezieller Verfahren, risikoerhöhende
Aufklärungsgespräch Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe, mögliche Änderungen und Erweiterungen sowie:

II EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Geplante Operation _____

- Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Für die vorgesehene Operation/Behandlung willige ich hiermit ein in eine Narkose.
- Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.
- Folgendes Anästhesieverfahren lehne ich ab: _____

Geplante Narkoseart _____

- Maskennarkose Larynxmaske
- Intubationsnarkose
- Spezielles Verfahren: _____

Unterschrift Patient*

Ort | Datum _____

Unterschrift Arzt _____

Uhrzeit _____

III WEITERER EINGRIFF

- Ich bin damit einverstanden, dass folgende weitere Behandlung/Operation erfolgt:

Weitere Operation _____

Geplante Narkoseart _____

Unterschrift Patient*

Ort | Datum _____

Unterschrift Arzt _____

Uhrzeit _____