

Dupuytren'sche Kontraktur / Hand / Unterarm

Ax. plex. / VIP

Bogen Nummer: _____

Anästhesieaufklärungs-, Anamnese- und Informationsbogen (Erwachsene)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

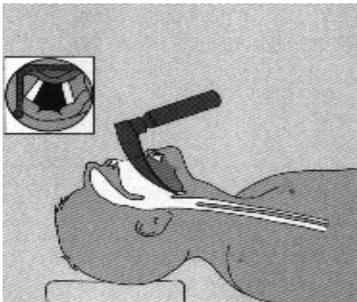
Krankenkasse: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Nr: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Operation: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

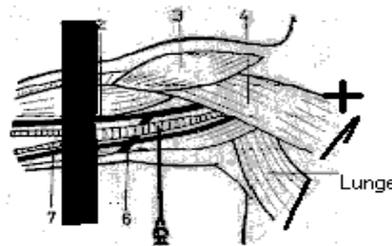
Sie haben sich entschlossen, sich ambulant operieren zu lassen. Zur Schmerzausschaltung kommen versch. Verfahren - die Armplexus-, Armplexus-, vertikuläre infraclavikuläre Plexusanästhesie u. / od. die Vollnarkose in Frage. Für die Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Funktionen (Atmung und Kreislauf) bin ich als Anästhesist zuständig. Die Vollnarkose (d. h. medikamentöse Ausschaltung des Bewußtseins und der Schmerzempfindung) wird durch die individuelle Gabe eines Narkosemittels (z. B. Propofol) und eines Schmerzmittels (z.B. Alfentanil) in ein Blutgefäß erreicht.



In Abhängigkeit von der Wirkung und der Operationsdauer werden Narkosemittel nachgegeben. Wegen der Operationsdauer ist eine Intubation zur Beatmung der Lunge und auch zum Schutz der Lunge vor dem Eindringen von Körperflüssigkeiten (z. B. Blut u. Magensaft) notwendig. Die Intubation, d. h. das Einbringen eines dünnen Kunststoffschlauches durch die Nase oder den Mund, an den Lippen, den Zähnen u. den

Stimmbändern vorbei in die Lunge, erfolgt in Narkose und wird, ebenso wie das Entfernen des Schlauches, vom Patienten nicht bemerkt. Es kann aber in seltenen Fällen zu Verletzungen und Beschädigungen an den genannten Stellen kommen. Während der Narkose werden die Körperfunktionen - insbesondere die Atmung und der Kreislauf - überwacht.

Armplexus Anästhesie, VIP:



Durch Einspritzen eines Lokalanästhetikums in der Oberarmregion wird die Schmerzleitung und auch die Beweglichkeit des Armes je nach Mittel nach 15 bis 45 Min. für 2 bis 6 Stunden blockiert. Beim Aufsuchen der Nerven kann es zu schlagartigen Mißempfindungen und Zuckungen kommen. Als mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen gelten: allergische Reaktionen, Verletzung und Schädigung der Nerven durch die Punktionsnadel, Blutergüsse, Infektion und Lungenschaden bei der VIP. Obwohl schwere lebensbedrohliche Narkosezwischenfälle (z. B. allergische

Reaktion, Herz-, Kreislauf, Atem-Gehirnversagen) sehr selten sind, wird das Risiko einer nicht durchgeführten Operation und das Narkoserisiko durch Ihren Operateur und mich jeweils für den einzelnen Patienten bewertet, und es wird festgelegt ob dieser Eingriff ambulant durchgeführt werden kann. Für kurze, kopferne Eingriffe kann eine Maskennarkose in Frage kommen. Hierbei werden Luft und Sauerstoff über eine Maske zugeführt, die auf dem Mund und der Nase oder dem Kehlkopf aufliegt. Hierbei ist jetzt der mögliche Intubationsschaden gegen das Aspirationsrisiko abzuwägen. Die genaue Vorgehensweise wird im Anästhesiegespräch festgelegt. Bitte fragen Sie dort nach allem, was Sie für wichtig halten.

Sie erreichen mich unter der o. g. Telefonnummer oder in der Anästhesiesprechstunde. Auf jeden Fall müssen alle anstehenden Fragen vor der Operation zu Ihrer Zufriedenheit geklärt sein.- Bitte beantworten Sie jetzt die folgenden Fragen. Das ist notwendig, um spezielle Risiken, die bei jedem Patienten unterschiedlich sein können, zu erkennen und so die Narkosesicherheit erhöhen. Falls der vorgegebene Platz zur Beantwortung nicht ausreicht, verwenden sie bitte ein zusätzliches Blatt.

1. Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

2. Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein / ja;

Wenn ja: Weswegen? _____

3. Für Frauen im gebärfähigem Alter: Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? nein / ja:

4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja weshalb? welche? und wieviele?

nein / ja, folgende: _____

5. Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja was?, wann? wo? und gab es dabei Probleme?

nein / ja: _____

6. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? Wenn ja wann? Gab es dabei Probleme? nein / ja: _____

7. Bestehen bei Ihnen oder Blutsverwandten Muskelerkrankungen oder -schwächen? nein / ja: _____

8. Bestehen bei Ihnen Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris)? nein / ja: _____

9. Bestehen bei Ihnen Kreislauf und Gefäßkrankungen (z. B. Krampfadern, Thrombose, Embolie)?

nein / ja: _____

10. Bestehen bei Ihnen Lungen- und / oder Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Bronchitis)?

nein / ja: _____

11. Bestehen bei Ihnen Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)?

nein / ja: _____

12. Bestehen bei Ihnen Nieren- u. Harnwegserkrankungen (z.B. Entzündung, Steine, Geschwulst)?

nein / ja: _____

13. Bestehen bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen (z. B Diabetes)?

nein / ja: _____

14. Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung (z. B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?

nein / ja: _____

15. Bestehen bei Ihnen Augenleiden (z. B. grüner Star)? Tragen Sie Kontaktlinsen?

nein / ja: _____

16. Bestehen Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lähmungen)?

nein / ja: _____

17. Bestehen bei Ihnen Gemütsleiden (z. B. Depression)?

nein / ja: _____

18. Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulen-, Gelenkerkrankungen)?

nein / ja: _____

19. Sind Bluterkrankungen (z. B. erhöhte Blutungsneigung, häufiges Nasenbluten) bei Ihnen bekannt?

nein / ja: _____

20. Leiden Sie unter Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, unter welchen:

nein / ja: _____

21. Leiden Sie u. a. nicht genannten Erkrankungen (z. B. Immunsystem, Hirnhaut, Tumoren u.a.m.)?

nein / ja: _____

22. Sind allen Zähne fest? Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?

nein / ja: _____

Zahnstatus: wird durch den Anästhesisten ausgefüllt:

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5

22a: Bestehen bei Ihnen Gesichtsdeformitäten (Unfall, Operation, Erkrankungen)?

nein / ja: _____

23. Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

nein / ja: _____

24. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

nein / ja: _____

25. Nehmen Sie nicht ärztlich verordnete Medikamente oder Drogen ein? Wenn ja, was und wieviel?

nein / ja: _____

26. Tragen Sie ein Hörgerät?

nein / ja: _____

27. Würden Sie noch weiteres nennen wollen, was ein mögliches Narkoserisiko erhöhen könnte?

nein / ja: _____

28. Sonstiges, weitere Fragen?:

nein / ja: _____

Narkoseeinwilligungserklärung: (entsprechendes ankreuzen!)	ja	nein
Ich habe den Anästhesiefragebogen verstanden und sorgfältig beantwortet:		
Ich bin nach meinen Wünschen umfassend über die Narkose aufgeklärt:		
Ich hatte genügend Zeit, um mich über die Narkose zu informieren und zu beraten:		
Ich willige ein, daß die besprochen Narkose durchgeführt wird		
Ich bestätige, daß mir die Hinweise (Informationsblatt für daheim) für die ambulante Narkose bekannt sind und eingehalten werden.		

Weitere Anmerkungen:.....
.....

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____ Arzt: