

Praxis für ambulante Anästhesie

Dres. med. Gastmeier / Wendelmuth / Torontali
Fachärzte für Anästhesiologie

Telefon: 0331 743070; Email: Knud.Gastmeier@t-online.de
Fax: 0331 7430725 www.praxis-gastmeier.de
Karl Marx Str. 42 14482 Potsdam - Babelsberg

Varizen / ME am Bein / Hernien SPA / PDA

Bogen Nummer: _____

Anästhesieaufklärungs-, Anamnese- und Informationsbogen (Erwachsene)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

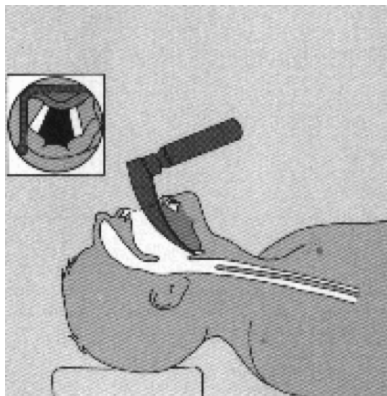
Krankenkasse: _____ Telefon: _____

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

Operation: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

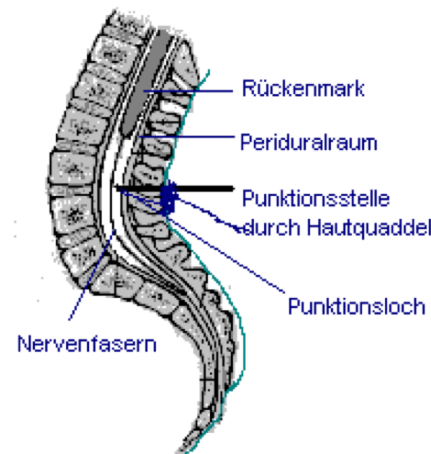
Sie haben sich entschlossen, sich ambulant operieren zu lassen. Zur Schmerzausschaltung kommen 2 Verfahren - die Spinalanästhesie („Rückennarkose“) u. / od. die Vollnarkose in Frage. Für die Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Funktionen (Atmung und Kreislauf) bin ich als Anästhesist zuständig. Die 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.

Spinalanästhesie:



Durch Einspritzen eines Lokalanästhetikums in den Liquorraum, im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, an der Stelle, wo sich mit größter Wahrscheinlichkeit kein Rückenmark mehr befindet, wird die Schmerzleitung und auch die Beweglichkeit der Beine, nach 5 bis 10 Minuten für 2 bis 3 Stunden blockiert. Die Punktion des Liquorraumes ist nach der örtlichen Betäubung für den Patienten wenig belastend, gelegentlich kann es zu schlagartigen Mißempfindungen und Zuckungen kommen. Als mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen gelten: postspinaler Kopfschmerz, Hörminderung,

Sehstörung sowie Potenzstörung, allergische Reaktionen, Verletzung und Schädigung der Nerven durch die Punktionsnadel, Blutergüsse, Infektion und Medikamente. Obwohl schwere lebensbedrohliche Narkosezwischenfälle (z. B. allergische Reaktion, bleibende Nervenschäden (z. B. Querschnittslähmung), 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 eine ärztlichen Behandlung?

nein / ja: _____

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: _____

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

nein / ja: _____

6. Bestehen bei Ihnen Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris)?

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 Gefäßerkrankungen (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 (herausnehmbaren Zahnersatz)? nein / ja:

Zahnstatus: durch den Anästhesisten ausgefüllt:

22a: Bestehen bei Ihnen	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
Gesichtsdeformitäten /	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5

eingeschränkte Mundöffnung (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? Bitte ggf. Beiblatt verwenden!

nein / ja:

Narkoseeinwilligungserklärung: (entsprechendes ankreuzen!)

	ja	nein
Ich habe den Anästhesiefragebogen verstanden und sorgfältig beantwortet:		
Ich bin nach meinen Wünschen umfassend über die Narkose u. deren Risiken 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: