

Anästhesieaufklärung und –einwilligung

Jede Anästhesiemethode hat spezielle Risiken, über die wir Sie informieren möchten. Die Anästhesieärztin/der Anästhesiearzt wird die Methode mit Ihnen besprechen. Bitte lassen Sie sich durch die Aufzählung der Risiken nicht beunruhigen, insgesamt sind schwere Komplikationen sehr selten. Besprechen Sie die Anästhesieaufklärung mit ihrer Anästhesieärztin/ihrem Anästhesiearzt.

 Generelle Anästhesierisiken

Allergische Reaktionen, Nervenschäden, Harnverhalten, Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz, Kältezittern, Bluterguss, Rückenschmerzen, Atem- und Kreislaufstillstand, Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit

 Allgemeinanästhesie („Vollnarkose“)

Ausschalten von Schmerzempfindung und Bewusstsein

Spezifische Risiken: Einatmen von Erbrochenem, Stimmbandverletzung (Heiserkeit, Atembeschwerden), Schluckbeschwerden, Zahnschäden, Wachsein während der Narkose, Unruhe oder Verwirrtheit nach der Narkose

 Rückenmarksnahe Anästhesie („Teilnarkose“, Periduralanästhesie, Spinalanästhesie)

Ausschalten der Schmerzempfindung durch Betäuben der rückenmarksnahen Nerven

Spezifische Risiken: Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Übelkeit, Verschlechterung des Hör- und Sehvermögens, Blutung/Infektion im Rückenmarkskanal, Nervenschäden, sehr selten Querschnittslähmung, chronische Schmerzen

 Lokale Anästhesieverfahren (z.B. Leitungsanästhesie, Infiltrationsanästhesie; intraven. Regionalanästhesie)

Ausschalten der Schmerzempfindung einzelner Nerven oder einzelner Regionen (Schulter, Arm, Bein)

Spezifische Risiken: Nervenschäden, wie z.B. Gefühlsstörungen, Lähmungen, chronische Schmerzen

 Sedation

Verminderung der Wahrnehmung durch Medikamente während Eingriffen oder Operationen in Teilnarkose oder örtlicher Betäubung

Spezifische Risiken: Dämpfung der Atmung, Bewusstseinsstörung, Einatmen von Erbrochenem

Bei rückenmarksnahen Anästhesien sowie bei lokalen Anästhesieverfahren kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein. Es ist aber jederzeit möglich, ergänzend eine Allgemeinanästhesie einzuleiten.

Spezifische Risiken besonderer Maßnahmen bei größeren Operationen oder schwerer Allgemeinerkrankung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arterienkanüle | Infektion, Gefäßverschluss, Blutung |
| <input type="checkbox"/> Zentralvenöser od. Rechtsherz-Katheter | Infektion, Nervenschaden, Blutung, Rhythmusstörungen, Lungenkollaps / Lungenblutung |
| <input type="checkbox"/> Urinkatheter | Infektion, Harndrang, spätere Verengung der Harnröhre |
| <input type="checkbox"/> Bluttransfusion | Übertragung von Viruskrankheiten (Hepatitis, AIDS), Unverträglichkeitsreaktion |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie | Zahnschaden, Schluckstörung, Verletzung der Speiseröhre |

Verhalten nach ambulanten Anästhesien

Wird der Eingriff ambulant durchgeführt, so muss der Patient von einer erwachsenen Begleitperson abgeholt und die häusliche Betreuung sichergestellt werden. Wegen der Nachwirkung der Anästhesie ist während 24 Stunden, soweit ärztlich nichts anderes angeordnet, die aktive Teilnahme am Strassenverkehr sowie das Arbeiten an laufenden Maschinen und die Einnahme von Alkohol und Beruhigungsmitteln untersagt. Ebenso sollen keine wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

Die Anästhesistin/der Anästhesist wird die geplante Anästhesie persönlich mit Ihnen besprechen. Hier können Sie Ihre Fragen notieren:

.....

Notizen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch: Gesprächsdauer:

.....

Ich wurde von der Ärztin/dem Arzt genügend über die Anästhesiemethode und Anästhesierisiken aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. Ich erkläre mich mit dem vereinbarten Anästhesieverfahren sowie mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens und mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen einverstanden. Ich stimme zu, dass Routinedaten, die während der perioperativen Behandlung aufgezeichnet werden, in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und publiziert werden dürfen.

Ich lehne das Veröffentlichen der anonymisierten Daten ab.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift Patientin / Patient

.....
 Unterschrift Ärztin/Arzt

Anästhesie-Fragebogen

Zur Abschätzung Ihres Anästhesierisikos bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen ins Spital mitzunehmen. Dieser bildet die Grundlage für das Gespräch mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiearzt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

	JA	NEIN
• Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von zwei Stockwerken hoch steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Leiden Sie unter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasenbluten, Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> hohem Blutdruck (Hypertonie), niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzstolpern, unregelmäßigem Puls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Magengeschwür, saurem Aufstoßen, Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Allergien (z.B. Heuschnupfen, Ekzem, Nickel, Bienenstichallergie, usw.)? Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente wie Antibiotika (z.B. Penicillin, Bactrim), Betäubungsmittel (Narkosemittel), Jod oder andere Stoffe wie Latex, Gummi, Pflaster, Bananen, Kiwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Augenkrankheiten? (Grüner/grauer Star, Voroperationen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> schwerem Rheuma (Gelenkrheuma, rheumatischem Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Schilddrüsenerkrankungen, Nierenkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Epilepsie, Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Maligner Hyperthermie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Kam es bei Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhielten Sie je eine Bluttransfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Erhielten Sie die Bluttransfusion in den letzten 3 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Ergaben sich je bei einer Bluttransfusion Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Nur für Frauen: Sind Sie schwanger? Falls ja, wann war Ihre letzte Periode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Rauchen Sie? wie viel? seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trinken Sie regelmäßig Alkohol? wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Drogen? welche? wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Benötigen Sie regelmäßig Medikamente, insbesondere Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Aspirin, Tiatral, Persantin, Fragmin, Fraxiparin, usw.)? Falls ja: welche, wie viel? Wenn vorhanden, bitte Dosierungskarte mitnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
• Wurden Sie bereits einmal operiert? Wenn ja: was? wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
• Gab es Narkoseprobleme? Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		