



Anästhesie-Fragebogen Aufklärung und Einwilligungserklärung

Name: _____ Körpergröße: _____

Vorname: _____ Gewicht: _____

Geb. Datum: _____ 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? Ja Nein
Wenn ja, welche, wann?

• Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten? Ja Nein
(z.B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden
Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen, 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!

• Hatten Sie schon früher Operationen? Ja Nein

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

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

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

- **Magen- und Darmerkrankungen?** (z.B. häufiges Sodbrennen und saures Aufstossen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme) Ja Nein
- **Nierenerkrankungen?** (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine, Nierenfunktionsstörung) Ja Nein
- **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?** (z.B. grauer oder grüner Star, Pupillendifferenz) Ja Nein
- **Muskelerkrankungen, Muskelschwäche oder maligne Hyperthermie?** (ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine Muskelerkrankung oder maligne Hyperthermie bekannt?) Ja Nein
- **Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?** (z.B. Blutarmut, verlängerte Blutung nach Zahnziehen od. aus Wunden, Nasenbluten ohne klare Ursache, blaue Flecken ohne Anstossen) Ja Nein
- **Allergien oder Überempfindlichkeiten?** (Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, etc.)
Welche? _____ Ja Nein
- **Leiden Sie an einer anderen nicht aufgeführten Erkrankung?**
Welcher? _____ Ja Nein

Verschiedenes:

- **Tragen Sie Zahnersatz** (Stiftzähne, Zahnbrücken, Prothesen?) _____ Ja Nein
- **Haben Sie lockere Zähne?** Wenn ja, wo? _____ 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
- **Tragen Sie ein Hörgerät?** Ja Nein

Aufklärung über die Anästhesie und Einwilligungserklärung

Diese Seite wird vor Ort zusammen mit dem/der Anästhesiearzt/-ärztin ausgefüllt

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

Allgemeine Risiken

Übelkeit, Erbrechen, Kältezittern, allergische Reaktionen, Rückenschmerzen, Nervenschädigungen durch Lagerung.

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
- **Pheriphere Leitungsanästhesie** (Nervenblockaden: Arm, Schulter, Bein)
Spezifische seltene Risiken: Nervenschäden, Infektionen
- **Allgemeinanästhesie** (Vollnarkose)
Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Zahnschaden, Aspiration, ungenügende Narkosetiefe
- **Spezifische Postoperative Schmerztherapie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
Peripherer Nervenkatheter Periduralkatheter Intravenöse PCA-Pumpe

Spezifische Risiken bei weiteren bei Ihnen vorgesehenen Massnahmen:

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

Notizen der Anästhesieärztin/Anästhesiearztes zum Aufklärungsgespräch:

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

Einwilligungserklärung

- Der/Die unterzeichnende Anästhesiearzt/-ärztin 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
bzw. des/der Sorgeberechtigten

Unterschrift Anästhesiearzt/-ärztin