



## 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