



Anästhesie-Fragebogen und Aufklärung Einwilligungserklärung

Name: _____ Körpergrösse: _____
Vorname: _____ Gewicht: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Geplante Operation: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

• 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? Ja Nein
(z.B. häufiges Sodbrennen und saures Aufstossen,
häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme)

- 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? _____

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

Ab hier bitte nur durchlesen!

Die Besprechung erfolgt während dem Aufklärungsgespräch.

Aufklärung über die Anästhesie

Die Verfahren und die Nebeneffekte wurden mit der Anästhesieärztin/-arzt 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

- Die/Der unterzeichnende Anästhesieärztin/-arzt 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 Stunden vor der Anästhesie essen und bis 2 Stunden vorher klare Flüssigkeit trinken darf.

Ich habe keine weiteren Fragen

Ich willige ein, dass die besprochene Anästhesie durchgeführt wird

- Ich weiss, welche Medikamente ich wann einnehmen soll.
- Im Falle einer Entlassung am Operationstag sind mir die Verhaltensregeln bekannt.

Ort und Datum, _____