

Name des Patienten; Patientenetikette:

medalp[®]

zentrum für ambulante Chirurgie - Imst

Anästhesie-Einwilligung für Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Die meisten Operationen müssen unter Ausschaltung der Schmerzempfindung durch einen Anästhesisten (Narkosearzt) vorgenommen werden. Je nach Erfordernis kann eine Vollnarkose oder eine örtliche Betäubung angewendet werden.

Ein Anästhesist wird mit Ihnen vor dem geplanten Eingriff das für Sie am besten passende Narkoseverfahren planen und Sie über die eventuell möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen aufklären.

Trotz sorgfältiger Vorkehrungen und unter höchsten Sicherheitsbedingungen sind auch bei einer Narkose – selten aber doch – Nebenwirkungen möglich.

Die Schädigung eines Zahnes, Heiserkeit, Kreislaufschwankungen, Allergien, Nervenverletzungen bei örtlichen Betäubungen sind möglich aber sehr selten.

Die Höchste Gefahr stellte eine Aspiration dar, das heißt, durch plötzliches Erbrechen während der Narkose kann Mageninhalt (Magensäure) in die Luftröhre und in die Lunge eindringen. Um dieses Risiko einer Lungenschädigung zu senken **essen und trinken Sie bitte mindestens sechs Stunden vor der Operation nichts mehr !** Sollten Sie Raucher sein, verzichten Sie mindestens 24 Stunden vor der Operation auf Nikotin!

Da Ihre eigene Sicherheit von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben abhängt, beantworten Sie bitte den umseitigen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen.

Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht, sind jedoch für die Wahl des geeigneten Betäubungsverfahrens sowie für die Dosierung der Medikamente von entscheidender Bedeutung!

Nach ambulanten Eingriffen in Narkose ist die Reaktionsfähigkeit bis zu 24 Stunden stark beeinträchtigt. Sie dürfen daher nur in Begleitung nach Hause gehen und dürfen kein Fahrzeug selbst lenken.

Wann haben Sie das letzte Mal etwas gegessen,
Kaugummi gekaut oder zB Bonbons gegessen? Tag: _____ Uhrzeit _____

Wann haben Sie das letzte Mal etwas getrunken? Tag: _____ Uhrzeit _____

Falls Sie Fragen haben zögern Sie nicht, den Anästhesisten oder das Pflegepersonal zu fragen!

Einwilligungserklärung

Ich habe die in diesem Blatt enthaltenen Informationen, den Fragebogen sowie die Ausführungen des Personals und des Anästhesisten vollinhaltlich verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in das bei mir geplante Anästhesieverfahren ein, mit eventuell notwendigen Nebeneingriffen (Infusion, eventueller Wechsel auf ein anderes Beatmungsverfahren....) und wurde über die daraus erwachsenden Risiken ausreichend informiert.

Vollnarkose örtliche Betäubung kombinierte Narkose
(örtliche Betäubung und Vollnarkose)

Ich habe noch Vorbehalte
und/oder Fragen bezüglich: _____

Die Aufklärung erfolgte über: _____

Unterschrift des Arztes:

Unterschrift Patient/in:

Datum: _____

Datum: _____

| | | | | |
|-------------------------|--|-----------|-----------------------------|---|
| Name des Patienten: | | | | |
| 1. | Alter (Jahre): | Größe cm: | Gewicht (kg): | Beruf: |
| 2. | Sportarten | | <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Ja, folgende |
| Ich (Patient)... | | | | |
| 3. | Bin allergisch (Tierhaare, Medikamente...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| 4. | Vertrage bestimmte Medikamente nicht | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| 5. | Rauche | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja, und zwar Zigaretten/Tag |
| 6. | Trinke Alkohol | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja, und zwar Tag |
| 7. | Bin schwanger | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja, und zwar Schwangerschaftswoche |
| 8. | Nehme regelmäßig Medikamente (auch Aspirin, Antibabypille...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Ja, und zwar |
| 9. | Hatte Operationen (Datum in Klammer) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| 10. | Gab es bei früheren Narkosen Probleme | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| 11. | Bin ständig oder manchmal in ärztlicher Behandlung | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wegen |
| 12. | Trage Zahnersatz | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| 13. | habe schlechte oder lockere Zähne | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 14. | Leide oder litt an einer der folgenden Krankheiten: | | | |
| a. | Herz (Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| b. | Kreislauf (Bluthochdruck, Kollapsneigung) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| c. | Gefäß (Krampfader, Raucherbein, Schlaganfall) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| d. | Lungen (chron. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| e. | Leber (Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| f. | Nieren (Steinleiden, Prostataleiden...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| g. | Stoffwechsel (Diabetes, Gicht) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| h. | Muskel (Maligne Hyperthermie, Myastenie, Polio...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| i. | Schilddrüsen (Kropf, M. Basedow...) | | | |
| j. | Knochen (Rheuma, Coxarthrose, Wirbelsäule...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| k. | Nerven- oder Gemütsleiden (Multiple Sklerose, Depressionen...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| l. | Augenleiden (Grauer Star, Grüner Star...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| m. | Krebserkrankungen | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| n. | Blut (Bluter, Anämie, Leukämie, Aids...) | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, und zwar |
| o. | Blutungen/Blutergüssen (blaue Flecken...) | | | |
| 15. | Ein Blutsverwandter hat(t)e: | | | |
| | eine Muskelerkrankung | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| | eine Bluterkrankung | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| | einen Narkosezwischenfall | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |