



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Es ist uns ein Anliegen, Ihre Anästhesie so schonend und gleichzeitig so sicher wie möglich durchführen zu können. Dazu sind wir auf Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand angewiesen.

Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen sorgfältig durchzulesen und die Fragen vollständig zu beantworten.

Der ausgefüllte Fragebogen dient als Vorbereitung auf das persönliche Gespräch mit der AnästhesieärztIn, wobei Sie Gelegenheit haben, alles zu fragen und zu besprechen, was Sie im Zusammenhang mit Ihrer Anästhesie interessiert.

Bitte notieren Sie hier, was Sie fragen oder besprechen wollen.

Patientenetikette oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

FRAGEBOGEN (Bitte Zutreffendes ankreuzen und markieren resp unterstreichen sowie Antworten eintragen)

Körpergrösse: Gewicht: Geplante Operation:

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN:

Befanden Sie sich in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**? Wenn ja, wegen welchen Erkrankungen/Unfällen? ja nein

Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen **Medikamente** ein? Wenn ja, welche, wann? ja nein

Waren Sie in den letzten 3 Monaten **hospitalisiert**? Wenn ja wo? ja nein

Hatten Sie schon früher **Operationen**? Wenn ja, welche, wann? ja nein

Ergaben sich bei der **Anästhesie Besonderheiten**? (Wenn ja, welche? Z.B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen, andere) ja nein

Kam es bei Blutsverwandten zu **Anästhesiezwischenfällen**? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine **Bluttransfusion**? ja nein

Wenn ja: Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

IST IHNEN BEKANNT, DASS SIE AKTUELL AN EINER DIESER KRANKHEITEN LEIDEN ODER DESWEGEN BEHANDELT SIND?

Herzerkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Stents, Angina Pectoris, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher) ja nein

Kreislauf- und Gefässerkrankungen? (z.B. Thrombosen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck) ja nein

Lungen- und Atemwegserkrankungen? (z.B. Husten, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis) ja nein

Magen- und Darmerkrankungen? (z.B. Sodbrennen, saures Aufstossen, 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

Schilddrüsenkrankungen? (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. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen) ja nein

Muskelerkrankungen, Muskelschwäche oder maligne Hyperthermie? (bei Ihnen? Bei Blutsverwandten?) ja nein

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? (z.B. Blutarmut, blaue Flecken ohne Anstossen, verlängerte Blutungen nach Zahnziehen oder aus Wunden, Nasenbluten ohne klare Ursache, Thrombose) ja nein

Allergien / Überempfindlichkeiten? (Wenn ja, was? z.B. Heuschnupfen, Unverträglichkeit Medikamente, Latex, Nickel etc.) ja nein

Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung? Wenn ja, woran? ja nein

VERSCHIEDENES

Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Kronen, Zahnbrücken, Prothesen, usw.) Oder haben Sie lockere Zähne? Wenn ja, was und wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie regelmässig? Wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nahmen oder nehmen Sie Drogen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ab hier bitte nur durchlesen. Die Besprechung erfolgt während des Aufklärungsgesprächs.

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ANÄSTHESIE

Besprechung der vorgesehenen Anästhesie und der postoperativen Schmerztherapie.
Die Verfahren und die Nebeneffekte sind auch in der Anästhesie-Informationsbroschüre beschrieben.

Allgemeine Risiken

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

Bei Ihnen sind die angekreuzten Verfahren für Anästhesie und spezifische postoperative Schmerztherapie vorgesehen:

- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
Spezifische Risiken: Blutdruckabfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, Harnverhalt, Infektionen
Sehr selten: Nervenschäden, Querschnittslähmung, Verschlechterung Hör- und Sehvermögen
- Periphere Leitungsanästhesie** (Nervenblockaden: Arm, Schulter, Bein)
Spezifische seltene Risiken: Nervenschäden, Infektionen
- Sedation** (Dämmer Schlaf) Spezifische Risiken: Dämpfung von Atmung und Schutzreflexen
- Allgemeinanästhesie** (Vollnarkose)
Spezifische Risiken: Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Zahnschaden, Aspiration, ungenügende Narkosetiefe
- Spezifische postoperative Schmerztherapie**
 - Peripherer Nerven Katheter
 - Periduralkatheter
 - Intravenöse PCA-Pumpe
 Spezifische Risiken Katheter: siehe periphere Leitungsanästhesie bzw. rückenmarksnahe Regionalanästhesie

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/des Anästhesieärztin/ -arztes (z.B. individuelles Risiko, Risiko erhöhende Umstände, Bemerkungen zum Ablauf, zu Inhalten einer Patientenverfügung, Antworten auf Fragen während Aufklärungsgespräch).

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die/der Anästhesieärztin/-arzt hat mit mir heute anhand meiner Antworten zu den obenstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch geführt. Dabei wurden die für mich vorgesehenen Anästhesieverfahren festgelegt. Ich wurde über mögliche Alternativen informiert. Ich kenne die möglichen Risiken der besprochenen und geplanten Verfahren.

Ich weiss, dass die Einhaltung der Nüchternregeln zwingend ist, damit meine Operation zeitgerecht durchgeführt werden kann. Ich kenne die Nüchternregeln: **Eintritt am Operationstag:** Essen bis 6 Stunden und Trinken von klaren Flüssigkeiten (Milch, Kaffeeerahm oder Säfte mit Fruchstückchen sind verboten) bis 2 Stunden **vor Eintritt** erlaubt.

Eintritt am Vortag der Operation: Essen bis 6 Std. und Trinken klarer Flüssigkeiten bis 2 Std. **vor Anästhesiebeginn** erlaubt

Ich weiss, welche Medikamente ich nehmen muss und welche ich nicht nehmen darf. Ich halte mich an das im Medikamenteninformationsblatt beschriebene Vorgehen.

Im Falle einer **Entlassung am Operationstag** sind mir die Verhaltensregeln bekannt und ich halte sie ein.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige ein, dass die besprochene Anästhesie durchgeführt wird.

Datum: _____

 Unterschrift Patientin/Patient (bzw. der/des Sorgeberechtigten)

 Unterschrift Anästhesieärztin/-arzt