

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR ANÄSTHESIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihre Anästhesieärztin oder Ihr Anästhesiearzt wird sich mit Ihnen vor der Operation für ein persönliches Anästhesiegespräch in Verbindung setzen. Im Anästhesiegespräch wird zusammen mit Ihnen das Anästhesieverfahren festgelegt, welches sich für den vorgesehenen Eingriff am besten eignet. Notieren Sie Ihre Fragen, um diese im Aufklärungsgespräch zu besprechen.

BITTE HALTEN SIE DIESES FORMULAR AUSGEDRUCKT FÜR DAS ANÄSTHESIEGESPRÄCH BEREIT UND NEHMEN SIE ES AM EINTRITTSTAG IN DIE KLINIK MIT.

ANÄSTHESIEAUFKLÄRUNG

DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN FÜLLEN SIE WÄHREND DES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHS MIT IHRER ANÄSTHESIEÄRZTIN ODER IHREM ANÄSTHESIEARZT ZUSAMMEN AUS.

Jede Anästhesiemethode hat ihre Risiken, über die wir Sie informieren möchten. Bitte lassen Sie sich durch die Aufzählung der Risiken nicht beunruhigen. Insgesamt sind schwere Komplikationen sehr selten. Kreuzen Sie während dem Anästhesiegespräch das für Sie vorgesehene Verfahren an.

- ☐ **Allgemeine Anästhesierisiken**
Allergische Reaktion, Lagerungsschäden (Nerven, Haut), Harnverhalt, Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz, Kältezittern, Bluterguss, Rückenschmerzen, Atem- und Kreislaufstillstand
- ☐ **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)**
Aspiration, Schluckbeschwerden, Stimmbandverletzung (Heiserkeit, Atembeschwerden), Zahnschaden, Wachsein während der Narkose
- ☐ **Regionalanästhesie (Teilnarkose)**
Rückenmarksnahe Regionalanästhesie: Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Übelkeit, vorübergehende Schwierigkeiten beim Wasserlösen, andauernde Lähmungserscheinungen, Verschlechterung des Hör- und Sehvermögens, Nervenschäden, Blutung, Infekt
Periphere Nervenblockaden (Ausschaltung der Schmerzempfindung einzelner Nerven oder einzelner Regionen z.B. Schulter, Arm, Bein): Nervenschäden, Blutung, Infekt. Bei jeder Teilnarkose kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein. Es ist aber jederzeit möglich, eine Teilnarkose mit einer Allgemeinanästhesie zu ergänzen.
- ☐ **Sedation**
Verminderung der Wahrnehmung, Dämpfung der Atmung, Bewusstseinsstörung, Aspiration
- Spezifische Risiken besonderer Massnahmen**
- ☐ Arterienkanüle: Infektion, Gefässverschluss, Blutung
- ☐ Zentralvenöser Katheter: Infektion, Lungenkollaps, Blutung, Nervenschäden
- ☐ Urinkatheter: Infektion, Verletzung, Harndrang, spätere Verengung der Harnröhre
- ☐ Bluttransfusion: Übertragung von Viruserkrankungen (Hepatitis, HIV), Unverträglichkeitsreaktion
- ☐ TEE: Verletzung von Kehlkopf/Speiseröhre, Schluckbeschwerden, Zahnschäden
- Geplante postoperative Schmerztherapie**
- ☐ Gabe von Schmerzmedikamenten
- ☐ PCA «Schmerzpumpe»
- ☐ Periduralkatheter
- ☐ Periphere Nervenblockade mit Katheter

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich durch das Aufklärungsgespräch

- alle Informationen zur geplanten Anästhesie erhalten und verstanden habe,
- bezüglich Nebenwirkungen und Risiken in angemessenem Umfang informiert worden bin,
- meine Fragen zur Anästhesie stellen konnte und somit keine weiteren Fragen mehr habe.

Ich akzeptiere, dass das Anästhesieverfahren, sofern es zu meiner Sicherheit und für mein Wohlergehen nötig ist, von der besprochenen Form abweichen oder ganz abgeändert werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass im Verletzungsfall einer an der Operation beteiligten Person durch Material oder Geräte, welche mit Blut, Sekret oder ähnlichem Material von mir kontaminiert sind, eine Blutentnahme an mir erfolgt, um der betroffenen Person eine allenfalls nötige Behandlung so rasch wie möglich zukommen zu lassen.

Datenschutz: Medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, dürfen von anderen Ärztinnen, Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen angefordert werden. Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse oder Beurteilungen dürfen nachbehandelnden oder zuweisenden Ärztinnen und Ärzten zugestellt werden. Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, dürfen elektronisch gespeichert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet werden. Ebenfalls dürfen die Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Fakturierung (Verrechnung) an Drittpersonen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterstellt sind, weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift Patient/-in oder
gesetzliche/-r Vertreter/-in

Unterschrift Ärztin/Arzt