

Lieber Patient, liebe Patientin

Bei Ihnen ist in nächster Zeit ein Eingriff mit Anästhesiebetreuung geplant. Dieses Blatt mit Informationen und Anästhesiefragebogen dient zur Vorbereitung des Aufklärungs- / Einwilligungsgesprächs.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

aktuelles Patientenetikett  
hier aufkleben

## Anästhesie-Informationen

In einem persönlichen Gespräch werden wir gemeinsam das für Sie am besten geeignete Anästhesieverfahren festlegen. Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse werden dabei genauso berücksichtigt werden wie Ihre gesundheitlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Operation. Nachfolgend geben wir Ihnen Informationen zu den Anästhesieverfahren und -Risiken und bitten Sie, den umseitigen Fragebogen auszufüllen. Falls bereits im Vorfeld Fragen auftauchen, sollten sie diese notieren und dem Anästhesisten beim persönlichen Gespräch stellen.

► **Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen, Ihre Medikamentenpackungen oder -liste, Allergiepass, Blutgruppenkarte und andere Gesundheitsausweise zum Gespräch mit dem Anästhesisten mit.**

### Anästhesierisiken:

In der heutigen Zeit ist die Sicherheit aller Anästhesieverfahren und Massnahmen ausgesprochen gross, da alle lebenswichtigen Körperfunktionen wie Herz/Kreislauf und Atmung kontinuierlich überwacht werden. Trotzdem sind wir gesetzlich gehalten, auch über äusserst seltene Komplikationen und Risiken aufzuklären, wobei Ihnen selbstverständlich das Recht zusteht, auf eine solche Aufklärung zu verzichten. Im Folgenden erwähnen wir in Stichworten häufigere und spezifische Komplikationen, auf die wir in unserem Gespräch gern näher eingehen werden.

### Allgemeine Anästhesierisiken:

Mögliche Komplikationen sind: Allergische Reaktionen, Nervenschädigungen, Kältezittern (shivering), Übelkeit und Erbrechen, Juckreiz, Schwierigkeiten beim Wasserlösen, Blutergüsse, Rücken- oder Kopfschmerzen. Lebensbedrohliche Zwischenfälle wie Atem- und/oder Herzkreislaufstilland sind äusserst selten, ebenso das Narkosefieber (maligne Hyperthermie).

### Spezielle Risiken der Allgemeinanästhesie (Vollnarkose):

Die Allgemeinanästhesie besteht aus Schmerzfremheit, Bewusstlosigkeit und Dämpfung der körperlichen Reflexe. Sie erfordert in der Regel eine künstlichen Beatmung und damit die Nüchternheit des Patienten. Bei Bedarf wird zusätzlich eine Relaxierung (Erschlaffung der Muskulatur) durch spezielle Medikamente herbeigeführt. Mögliche Komplikationen sind Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Stimmbandverletzungen, Zahnschäden. Wachsein während der Narkose (Awareness) ist seit der routinemässigen Überwachung der Hirnströme praktisch ausgeschlossen.

### Spezielle Risiken der Regionalanästhesie (Teilnarkose):

Bei der Regionalanästhesie wird die Schmerzfremheit durch ein lokales Betäubungsmittel erreicht, das in die Nähe eines Nerven oder eines Nervenknötens gespritzt wird und dort die Weiterleitung der Schmerzempfindung zum Gehirn blockiert. Unterschieden wird dabei zwischen den sogenannten rückenmarksnahen Verfahren (Spinal- und Periduralanästhesie) sowie den peripheren Blockaden. Das Bewusstsein bleibt in der Regel erhalten, bei Bedarf kann zusätzlich eine Sedierung (Dämmerschlaf) erfolgen.

### Spinal- und Epiduralanästhesie:

Mögliche Komplikationen sind: Kopfschmerzen, Blutdruckabfall, Übelkeit, Harnverhalt. Schwerwiegende Komplikationen wie Beeinträchtigung des Hör- und Sehvermögens und Nervenschädigungen sind extrem selten, Querschnittläsionen sind weltweit nur in einzelnen Fällen vorgekommen.

### Periphere Nervenblockade / intravenöse Regionalanästhesie:

Allergische Reaktionen, Krämpfe, Venenreizungen, Blutergüsse, Nervenschäden, Dämpfung der Atmung.

### Sedierung (Dämmerschlaf):

Dämpfung der Atmung, Erinnerungslücken.

### Spezifische Risiken besonderer Massnahmen:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Kathetertechniken allgemein: | Blutung, Dislokation, Infektion, Verletzung von Nachbarorganen                  |
| Arterienkatheter:            | Gefässverschluss  |
| Zentralvenöser Katheter:     | Lungenkollaps, Luftembolie, Nervenschaden                                       |
| Urinkatheter:                | spätere Verengung der Harnröhre, via falsa (Bildung eines falschen Weges)       |
| Bluttransfusion:             | Unverträglichkeitsreaktionen, Übertragung von Viruskrankheiten (Hepatitis, HIV) |

# Anästhesie-Fragebogen

nein ja

1 Allgemein Haben Sie Mühe ohne Unterbruch zwei Stockwerke Treppen zu steigen? ☐ ☐

## Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit unter Erkrankungen folgender Organsysteme:

|    |                    |   |                          |                          |
|----|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 2  | Kreislauf/Gefässe  | Zu hoher Blutdruck (Hypertonie), zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Thrombose?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Herz               | Angina pectoris, Herzinfarkt, -fehler, -rhythmusstörungen, unregelmässiger Puls?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Lunge/Atmung       | Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, einem Schlaf-Apnoe-Syndrom?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Niere/Blase        | Nieren- oder Blasenkrankheiten, Nierensteinen, Harnleitersteinen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Leber              | Gelbsucht, Hepatitis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Magen              | Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Schilddrüse        | Vergrösserung, Über-/Unterfunktion?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Stoffwechsel       | z. B. erhöhter Cholesterinspiegel, Gicht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Diabetes           | Zuckerkrankheit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Skelett/Muskulatur | Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden, einer Muskelerkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Neurologie         | Migräne, Epilepsie, Lähmungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Psyche             | Depressionen, Schizophrenie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Gerinnung          | Verstärkte Blutungsneigung (entstehen rasch oder spontan blaue Flecken, häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten?) oder Thrombose/Embolie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Bitte beantworten Sie auch diese Fragen:

|    |                                 |   |                          |                          |
|----|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 15 | EKG                             | Wurde in den letzten Monaten bei Ihnen ein EKG angefertigt?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Röntgen                         | Wurde Ihr Brustkorb in den letzten 6 Monaten geröntgt?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Nikotin                         | Rauchen Sie? wenn ja: wie viel? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Alkohol                         | Trinken Sie regelmässig Alkohol? wenn ja: wie viel? .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Drogen                          | Nehmen Sie regelmässig Drogen? wenn ja: welche? .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Familie                         | Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Operationen                     | Wurden Sie bereits einmal operiert oder hatten Sie eine Narkose?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | Wenn ja woran?                  | .....   |                          |                          |
|    | Transfusionen                   | Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                                 | Ergaben sich bei Ihnen jemals Komplikationen bei einer Bluttransfusion?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Medikamente                     | Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z. B. Aspirin, Plavix, Marcoumar)?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                                 | Nehmen Sie andere Medikamente ein, welche? .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    |                                 | .....   |                          |                          |
| 21 | Schwangerschaft                 | Sind Sie möglicherweise schwanger? Stillen Sie?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Allergie oder Unverträglichkeit | auf Jod, Latex, Pflaster, Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel, etc.? Bitte angeben: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Zahnersatz                      | Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

☐ Ich besuche die reguläre Anästhesiesprechstunde<sup>1</sup>

☐ Ich werde telefonisch über die Anästhesie und den Verlauf am OP-Tag aufgeklärt<sup>2</sup>

☐ Das anästhesiologische Aufklärungsgespräch wird mit mir erst am OP-Tag nach Eintritt in die Klinik geführt<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Bei frühzeitiger Anästhesieaufklärung kann nicht garantiert werden, dass der Anästhesist die Narkose durchführt, der das Anästhesiegespräch mit Ihnen führt

<sup>3</sup> Bei Aufklärung am OP-Tag verzichten Sie auf die Möglichkeit, Ihre Einwilligung eine Nacht zu überdenken

Für Rückfragen steht Ihnen das Anästhesieteam der Privatklinik Belair unter +41 52 632 1999 gerne zur Verfügung

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Anästhesie-Informationen der ersten Seite zur Kenntnis genommen und die Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben.**

Datum .....

Unterschrift Patient .....