

# Anästhesie-Information und -Aufklärung



Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Ihnen ist in nächster Zeit ein Eingriff mit Anästhesiebetreuung geplant.

In einem persönlichen Gespräch – telefonisch oder unmittelbar präoperativ in der Klinik – werden wir gemeinsam das für Sie am besten geeignete Anästhesieverfahren festlegen. Ihre Wünsche und Bedürfnisse werden dabei genau berücksichtigt werden, wie auch Ihre gesundheitlichen Voraussetzungen und die Anforderung der Operation.

Wünschen Sie einen frühzeitigen Termin in unserer Anästhesiesprechstunde vor Ort, melden Sie sich bitte unter [alphacare@hin.ch](mailto:alphacare@hin.ch) oder 043 268 74 70.

In der heutigen Zeit ist die Sicherheit aller Anästhesieverfahren und Massnahmen ausgesprochen hoch. Dennoch bergen unsere Interventionen ein minimales Restrisiko. Im Folgenden erwähnen wir die relevantesten Komplikationen, auf die wir im Aufklärungsgespräch gerne näher eingehen werden.

## Allgemeine Anästhesierisiken

Mögliche seltene Komplikationen sind: Allergische Reaktionen, Kältezittern ("shivering"), Übelkeit und Erbrechen, Juckreiz, Schwierigkeiten beim Wasserlösen, Lagerungsschäden. Lebensbedrohliche Zwischenfälle wie Atem- und/oder Herzkreislaufstillstand sind äusserst selten, ebenso das Narkosefieber (maligne Hyperthermie).

## Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)

Spezifische Risiken: Heiserkeit, Halsschmerzen, Druckstellen und/oder Verletzungen an Schleimhäuten in Mund oder Rachen, Schluckbeschwerden, Aspiration, Stimmbandverletzungen, Zahnschäden (insbesondere an vorgeschädigten Zähnen), Blutdruckschwankungen.

Wachsein während der Narkose ("awareness") ist seit der routinemässigen Überwachung der Hirnströme praktisch ausgeschlossen.

## Spinal- und Periduralanästhesie

Spezifische Risiken: Kopfschmerzen, Blutdruckabfall, Übelkeit, Harnverhalt. Schwerwiegende Komplikationen wie Beeinträchtigung des Hör- oder Sehvermögens, Nervenschädigungen, Lähmungen oder Bewusstseinsverlust (Synkope) sind extrem selten. In seltenen Fällen kann das Umstellen auf eine Allgemeinanästhesie notwendig sein.

## Periphere Nervenblockade / intravenöse Regionalanästhesie

Mögliche Komplikationen: Venenreizungen, Blutergüsse, Nervenschäden, Dämpfung der Atmung, Krämpfe.

Speziell bei Punktionen in der Halsregion: Atembeschwerden, Lungenkollaps, Heiserkeit (sehr selten).

In seltenen Fällen kann das Umstellen auf eine Allgemeinanästhesie notwendig sein.

## Sedierung (Dämmer Schlaf)

Mögliche Komplikationen: Dämpfung der Atmung, Erinnerungslücken.

In seltenen Fällen kann das Umstellen auf eine Allgemeinanästhesie notwendig sein.

## Spezifische Risiken besonderer Massnahmen

- Arterielle Kanülierung: Blutung, Bluterguss, Nervenschädigung, Gefässverschluss
- Zentralvenöser Katheter: Blutung, Bluterguss, Nervenschädigung, Lungenkollaps, Infekt
- Blasenkatheter: Blutung, Harndrang, Infekt, Verletzung/Vernarbung/Verengung der Harnröhre
- Bluttransfusion: Infektion, Unverträglichkeitsreaktion

Ich habe obenstehende Informationen als Vorbereitung zum persönlichen Gespräch gelesen.

## Datenschutzinformation

Bitte lesen Sie dazu das Informationsblatt "Patienteninformation zum Umgang mit Patientendaten" (beiliegend/auf Webseite).

Ich bin mit der Bearbeitung / Weitergabe meiner Daten gemäss Schweizer Datenschutzgesetz einverstanden

Name, Vorname (in Blockbuchstaben)

Datum

Unterschrift

# Anästhesie-Fragebogen Privatklinik Bethanien



Name, Vorname

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Geplante Operation: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Operateur: \_\_\_\_\_

1 **Allgemein** Haben Sie Mühe, ohne Pause 2 Stockwerke Treppen zu steigen?  ja  nein

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

2 **Kreislauf** Zu hoher/niedriger Blutdruck?  ja  nein

3 **Herz** Angina pectoris, Infarkt, Rhythmusstörungen, Schrittmacher?  ja  nein

4 **Lunge/Atmung** Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe?  ja  nein

5 **Niere/Blase** Nieren-/Blasensteine, Nierenunterfunktion?  ja  nein

6 **Leber** Hepatitis, Leberzirrhose?  ja  nein

7 **Magen** Magengeschwür, Sodbrennen?  ja  nein

8 **Schilddrüse** Über-/Unterfunktion, Vergrösserung?  ja  nein

9 **Stoffwechsel** Gicht, erhöhter Cholesterinspiegel?  ja  nein

10 **Diabetes** Zuckerkrankheit, Therapie mit Insulin?  ja  nein

11 **Skelett** Wirbelsäulen-/Gelenksbeschwerden?  ja  nein

12 **Neurologie** Epilepsie, Parkinson, Hirnschlag/-blutung, Delir nach OP?  ja  nein

13 **Psyche** Depression, Angststörung, Schizophrenie?  ja  nein

14 **Gerinnung** Thrombose, Embolie? Vermehrte Blutung nach OP?  ja  nein

**Bitte beantworten Sie auch diese Fragen:**

15 Wurde in den letzten 6 Monaten ein EKG gemacht?  ja  nein

16 Wurde in den letzten 6 Monaten ein Röntgenbild der Lunge gemacht?  ja  nein

17 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_  nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wieviel? \_\_\_\_\_  nein

Nehmen Sie Drogen? Welche? \_\_\_\_\_  nein

18 Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?  ja  nein

19 Frühere Operationen und angewandte Anästhesieverfahren:

20 Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein (auch Medikamente zur Blutverdünnung)?

21 Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  ja  nein

22 Allergie auf Medikamente:  nein

Andere Allergien (z.B. Jod, Latex, Pollen, Pflaster, Nahrungsmittel):  nein

23 Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?  ja  nein

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht Ihnen das Anästhesieteam unter **043 268 74 70** gern zur Verfügung.

**Bitte ausdrucken, ausfüllen und unterschrieben per Mail an: [alphacare@hin.ch](mailto:alphacare@hin.ch)**

Bitte nicht ausfüllen
Datum/Visum
<input type="checkbox"/> keine Abklärungen
<input type="checkbox"/> Bericht HA/Labor/EKG
<input type="checkbox"/> Bericht Spezialarzt