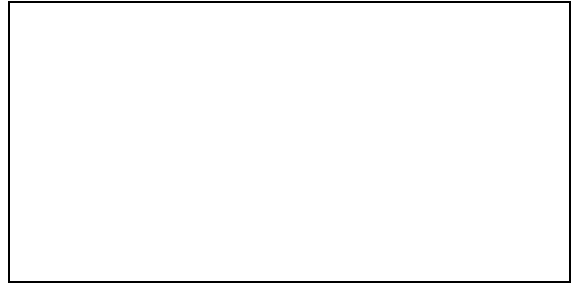


Lieber Patient, liebe Patientin

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.



## 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 Schmerzfreiheit, 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 Schmerzfreiheit durch ein lokales Betäubungsmittel erreicht, das in die Nähe eines Nervs 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, Querschnittlähmungen 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:

Kathertertechniken 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit unter Erkrankungen folgender Organsysteme:</b>				
2 Kreislauf	Zu hoher Blutdruck (Hypertonie), zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Herz	Angina pectoris, Herzinfarkt, -fehler, -rhythmusstörungen, unregelmässiger Puls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lunge/Atmung	Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, einem Schlaf-Apnoe-Syndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Niere/Blase	Nieren- oder Blasenkrankheiten, Nierensteinen, Harnleitersteinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Leber	Gelbsucht, Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Magen	Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Schilddrüse	Vergrösserung, Über-/Unterfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Stoffwechsel	z. B. erhöhter Cholesterinspiegel, Gicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Diabetes	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Skelett	Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Neurologie	Migräne, Epilepsie, Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Psyche	Depressionen, Schizophrenie?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bitte beantworten Sie auch diese Fragen:</b>				
15 EKG	Wurde in den letzten Monaten bei Ihnen ein EKG angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Röntgen	Wurde Ihr Brustkorb in den letzten 6 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Nikotin	Rauchen Sie? wenn ja: wie viel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	Trinken Sie regelmässig Alkohol? wenn ja: wie viel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	Nehmen Sie regelmässig Drogen? wenn ja: welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Familie	Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Operationen	Wurden Sie bereits einmal operiert oder hatten Sie eine Narkose?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergaben sich bei Ihnen jemals Komplikationen bei einer Bluttransfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Medikamente	Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z. B. Aspirin, Plavix, Marcoumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie andere Medikamente ein, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....			
21 Schwangerschaft	Sind Sie möglicherweise schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
23 Zahnersatz	Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ist ein Patient in der Privatklinik Lindberg dem Anästhesieteam bekannt und handelt es sich um einen kleinen Eingriff, ist abweichend vom Standard eine telefonische Anästhesiebesprechung möglich. In diesem Fall werden Sie vom Anästhesisten angerufen und erst am Tag des Eingriffs vom Anästhesisten aufgesucht.**

- Ich war nicht in der regulären Anästhesiesprechstunde sondern wurde vorgängig telefonisch über das Anästhesieverfahren aufgeklärt. Mein Anästhesist untersucht mich erst am Tag des Eingriffes. Ich bin mit diesem Vorgehen einverstanden und verzichte damit bewusst auf die Möglichkeit, meine Einwilligung mindestens eine Nacht zu überdenken.

Für Rückfragen steht Ihnen das Anästhesieteam der Privatklinik Lindberg unter +41 52 266 1199 gern zur Verfügung.

Datum.....

Unterschrift Patient.....