



Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Analgosedierung (Stand-by)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen!

Bringen Sie diese Basisinformation zum Gespräch mit dem Narkosearzt vor der Operation unbedingt wieder mit!

! Falls Sie Ihren OP-Termin kurzfristig absagen oder verlegen müssen, informieren Sie bitte sofort Ihren behandelnden Arzt (Operateur/Zahnarzt) und zusätzlich den Anästhesisten (Mo. – Fr. unter 0721 5696682). **!**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

den geplanten Eingriff wird der Operateur, Behandler oder Untersucher in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie, Leitungsanästhesie) durchführen. Der Anästhesist (Narkosearzt) übernimmt die Überwachung und Aufrechterhaltung wichtiger Körperfunktionen, insbesondere von Herz, Kreislauf und Atmung (Stand-by). Seine Zusammenarbeit mit dem Operateur dient dazu, den Eingriff für den Patienten beschwerdearm durchführen zu können.

Vor dem Eingriff legt der Narkosearzt einen intravenösen Zugang (Infusionskanüle) an, in den er ein- oder mehrmals kurz-wirksame beruhigende Medikamente (Sedativa), schmerzstillende Substanzen (Analgetika) und/oder andere für Sie/Ihr Kind erforderliche Arzneimittel (z. B. zur Stabilisierung wichtiger Organfunktionen sowie zur Unterstützung der Operation oder Behandlung) einspritzen kann. Die Medikamente wirken entspannend und führen zu einem schmerzarmen Dämmer-schlaf (Analgosedierung); sie schränken regelmäßig das Erinnerungsvermögen an den Eingriff ein (Amnesie). Der gelöste und schläfrige Zustand des Patienten verhindert unerwünschte Angstreaktionen und vermindert eine übermäßige Belastung der Herz- und Kreislauffunktion. Der Patient bleibt häufig weiter ansprechbar und atmet selbstständig. Selten geht der Dämmer-schlaf in eine Narkose über. Die Wirkqualitäten der Analgosedierung sind vom Patienten und vom operativen Eingriff abhän-gig. So ist bei bestimmten Eingriffen, z. B. im Mund- oder Rachenbereich, der Erhalt der Schutzreflexe (Schlucken und Husten) besonders wichtig. Der Patient kann daher bei einem solchen Eingriff in Analgosedierung in der Regel nicht schlafen. Eine zuverlässige Bewusstseinsausschaltung für diese Behandlung ist nur bei Durchführung einer Vollnarkose mit entsprechender Atemwegssicherung (Intubation, Kehlkopfmaske) möglich. Eine Analgosedierung ist besonders gut für unru-hige und ängstliche Patienten geeignet, ebenso bei Patienten mit schwer wiegenden Vorerkrankungen (z. B. an Herz und Kreislauf), bei denen eine zusätzliche Belastung durch eine Angstreaktion oder Behandlungsstress vermieden werden muss. Die Erholungsphase nach einer Dämmer-schlafbetäubung ist bei den meisten Patienten kürzer als nach einer Vollnarkose. Damit ein Eingriff in Analgosedierung durchgeführt werden kann, ist in der Regel die Kooperation des Patienten eine wichtige Voraussetzung. Das Verfahren ist daher für kleinere Kinder und geistig Behinderte häufig nicht geeignet.

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

Der Anästhesist überwacht die Körperfunktionen, um Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können. Lebensbedrohliche Komplikationen wie z. B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Einatmen von Erbrochenem und schwer wiegende Unverträglichkeitsreaktionen sind äußerst selten. Bei Zehntausenden von Eingriffen ereignet sich nur ein einziger schwerer Anästhesiezwischenfall. Unerwünschte Wirkungen von Betäubungsmitteln und anderen Medikamenten können vor allem bei Überempfindlichkeit und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir in der umseitigen Krankenvorgeschichte (Anamnese) fragen. Schädigungen von Nerven mit Missempfindungen, Gefühlsstö-rungen und Lähmungen durch Druck oder Zerrung bei der für die Operation erforderlichen Lagerung oder als Folge des Einstechens von Kanülen oder Kathetern sowie Blutergüsse und Entzündungen lassen sich nicht völlig ausschließen; sie bilden sich meist nach einiger Zeit von selbst zurück bzw. können gut behandelt werden.

Bitte unbedingt beachten! (Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!)

Vor dem Eingriff

è **!** 6 Stunden nichts mehr essen, nicht rauchen und nichts trinken; die letzte Mahlzeit vorher darf nur klein sein. **!**

è Erlaubt sind jedoch bis zu 2 Stunden vor der Anästhesie 1-2 Gläser/Tassen klare Flüssigkeit ohne Fett und ohne feste Bestandteile (z. B. Mineralwasser, Limonade, Tee), aber keine Milch und kein Alkohol!

è Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, fragen Sie bitte rechtzeitig vor Ihrem OP-Termin telefonisch den Anästhesisten (Mo. – Fr. unter 0721 5696682), welche Medikamente morgens eingenommen werden dürfen.

è Kontaktlinsen, herausnehmbaren Zahnersatz, Schmuck, Piercing ablegen bzw. entfernen und sicher aufbewahren.

è Direkt vor dem Eingriff bitte auf der Toilette die Blase und ggf. den Darm entleeren!

Nach dem Eingriff

Wird der Eingriff ambulant durchgeführt, so müssen Sie mit einer erwachsenen Begleitperson in die Praxis kommen. In der Erholungsphase und nach der Entlassung bleibt die Begleitung in Ihrer Nähe und stellt die häusliche Betreuung sicher. Wegen der Nachwirkungen der Anästhesie dürfen Sie 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, nicht an laufenden Maschinen arbeiten, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Der nachfolgende Fragebogen bezieht sich auf den Patienten. Bitte füllen Sie den Bogen (bis zu Nr. 15) vor dem Aufklärungsgespräch aus und beantworten Sie im Interesse Ihrer eigenen Gesundheit unbedingt alle Fragen wahrheits-gemäß. Die ärztliche Schweigepflicht gebietet hier selbstverständlich unsere Diskretion. Sie können auch vorab telefonisch unter 0721 5696682 Fragen stellen und mit uns ein Aufklärungsgespräch führen oder einen Termin dazu verabreden. Falls Sie als Sorgeberechtigte(r) für Ihr Kind oder als amtlich bestellter Betreuer entscheiden und nicht zum Aufklärungsgespräch kommen können, bitten wir Sie, mit Ihrer Unterschrift zugleich zu bestätigen, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das wir - ggf. nach dem Gespräch mit Ihrem Kind/Betreuten - wählen.

Name: _____
 Vorname: _____
 geb. am: _____ Geschlecht: weiblich männlich
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 ausgeübter Beruf: _____

Anamnese (Krankenvorgeschichte)

Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen!

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit? Nein Ja
 ·Weswegen? _____
 ·Besteht zurzeit eine Erkältung? Nein Ja
 ·Traten in den letzten vier Wochen Durchfall und/oder Erbrechen auf? Nein Ja
 ·Liegt eine andere Infektion vor (z. B. HIV)? Nein Ja
 2. Einnahme von Medikamenten in den letzten Tagen oder Wochen? Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin), Metformin, Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille oder _____ Nein Ja
 3. Frühere Eingriffe, Behandlungen oder Untersuchungen in Narkose od. Analgosedierung? Nein Ja
 a) _____ Jahr: _____
 b) _____ Jahr: _____
 c) _____ Jahr: _____
 4. Beschwerden nach einer früheren Anästhesie (Analgosedierung, Narkose)? Nein Ja
 ·Welche? _____
 ·War Ihnen übel oder haben Sie erbrochen? Nein Ja
 ·Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit der Anästhesie auf? Nein Ja
 5. Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie? Nein Ja
 6. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und bei „Ja“ die entsprechenden Symptome bzw. Diagnosen unterstreichen oder ergänzen!)

- Herz/Kreislauf: Angina pectoris, Herzinfarkt, Nein Ja
 Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Atemnot bei Anstrengung/Flachliegen, hoher oder niedriger Blutdruck
 oder _____
 Gefäße: Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Nein Ja
 Thrombosen, Schlaganfall
 oder _____
 Atemwege/Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Nein Ja
 Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung, Schlafapnoe
 oder _____
 Leber/Galle: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Nein Ja
 Hepatitis (Leberentzündung)
 oder _____
 Nieren/Harnwege: erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine Nein Ja
 oder _____
 Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Refluxkrankheit, Sodbrennen, Engstelle, häufiges Erbrechen Nein Ja
 oder _____
 Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht Nein Ja
 oder _____
 Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf Nein Ja
 oder _____
 Bewegungsapparat: Gelenkerkrankungen, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Beschwerden Nein Ja
 oder _____
 Nerven/Gemüt: Anfallsleiden (Epilepsie), Schlaganfall (Apoplex), Lähmungen, Depressionen Nein Ja
 oder _____
 Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen Nein Ja
 oder _____

- Blut/Immunsystem: Gerinnungsstörungen, Blutarmut (Anämie), HIV-Infektion (AIDS-Virus) Nein Ja
 oder _____
 Muskeln: Muskelschwäche, Muskelschwund Nein Ja
 oder _____
 ·Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten bekannt? Nein Ja
 Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Kontrastmittel, Jod, Medikamente, Pflaster, Latex Nein Ja
 oder _____
 7. Leiden Sie unter sogen. Reisekrankheit? Nein Ja
 8. Andere Erkrankungen? Nein Ja
 ·Welche? _____
 9. Schwerhörigkeit, Hörgerät? Nein Ja
 10. Lockere Zähne, unbehandelte Karies? Nein Ja
 Zahnersatz? (Prothese, Stiftzahn, Krone, Implantat) Nein Ja
 11. Raucher/in? Nein Ja
 ·Was und wie viel täglich? _____
 12. Alkoholkonsum? nie selten regelmäßig
 geringe Mengen größere Mengen
 Bier Wein hochprozentige Getränke
 13. Häufige Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln? Nein Ja
 ·Welche? _____
 14. Nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen? Nein Ja
 ·Welche? _____
 15. Besonderheiten (z. B. Unfälle), Wünsche? Nein Ja
 ·Welche? _____

Im Aufklärungsgespräch

mit Frau/Herrn Dr. _____
 wurden u. a. erörtert: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, Risiko erhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe sowie:

Den Informationsteil auf der Vorderseite habe ich gelesen, die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Erklärung über die Einwilligung

Für den Eingriff _____
 willige ich nach angemessener Bedenkzeit und gründlicher Überlegung in folgendes Anästhesieverfahren ein:

- Analgosedierung (Dämmer Schlafbetäubung)
 Überwachung (Stand-by)

Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich genügend informiert. Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens, insbesondere dem Übergang zur Narkose, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Mit folgenden Maßnahmen bin ich in keinem Fall einverstanden:

Datum _____ Patientin/Patient bzw. Betreuer(in)/Sorgeberechtigte(r)* _____

 Ärztin/Arzt

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.