



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 den behandelnden Arzt (Operateur/Zahnarzt) und zusätzlich den Anästhesisten (Mo. bis 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 kurzwirksame 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 abhängig. 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 unruhige 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, Gefühlsstörungen und Lähmungen durch Druck oder Zerrung bei der für den Eingriff 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

- **! 6 Stunden nichts mehr essen, nicht rauchen und nichts trinken; die letzte Mahlzeit vorher darf nur klein sein. !**
- Wenn Sie besorgt sind, dass die Nüchternheit Ihnen/Ihrem Kind schaden könnte, rufen Sie uns bitte an (Mo. bis Fr.).
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, fragen Sie bitte rechtzeitig vor Ihrem OP-Termin telefonisch den Anästhesisten (Mo. bis Fr. unter 0721 5696682), welche **Medikamente** morgens eingenommen werden dürfen.
- Kontaktlinsen, herausnehmbaren Zahnersatz, Schmuck, Piercings ablegen bzw. entfernen und sicher aufbewahren.
- 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. Für den Heimtransport ist ein PKW (Privat-PKW, Taxi etc.) erforderlich, weil Kreislaufprobleme und Übelkeit auftreten können. 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 wahrheitsgemäß. 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: _____ Geschl.: anderes weibl. männl.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

ausgeübter Beruf: _____

Fragebogen (Anamnese) bitte ausfüllen!

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 einer 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 und/oder ergänzen!)

Herz/Kreislauf: Angina pectoris, Herzinfarkt, Nein Ja

Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Atemnot bei Anstrengung/Flachliegen, hoher oder niedriger Blutdruck

oder _____

Gefäße: Krampfader, Durchblutungsstörungen, Nein Ja

Thrombosen, Schlaganfall

oder _____

Atemwege/Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Nein Ja

Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung, Schlafapnoe

oder _____

Leber/Galle: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Hepatitis (Leberentzündung) Nein Ja

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 so gen. **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 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.

Datum _____ Patientin/Patient bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)*

Ärztin/Arzt
* Unterschrift 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.