



Narkose-Aufklärungs- und Anamnesebogen (Erwachsene/Jugendliche)

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!

Die Narkose (Allgemeinanästhesie)

schaltet Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Der Patient befindet sich von Anfang bis Ende der Narkose in einem schlafähnlichen Zustand. Zur Narkose wird meist eine Kombination von Medikamenten eingesetzt. Eingeleitet wird die Narkose, indem die Medikamente in eine Vene gespritzt werden. Bei länger dauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt, und es werden gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff gegeben

→ über eine Maske, die auf Mund und Nase aufliegt (*Maskennarkose*), oder

→ über einen **Tubus** (Beatmungsschlauch), der auf dem Kehlkopf aufsitzt (*Kehlkopfmaskennarkose*) oder in die Luftröhre eingeführt wird (*Intubationsnarkose*), nachdem der Patient eingeschlafen ist. Die Intubation gibt ein hohes Maß an Sicherheit für die Beatmung und verhindert das Einatmen von Speichel oder Mageninhalt (Aspiration).

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 Anamnese fragen. Übelkeit und Erbrechen sind durch die neuen Verfahren seltener geworden. Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge einer massiven Stoffwechsellage extrem an (maligne Hyperthermie). Die Intubation kann vorübergehend Schluckbeschwerden und Heiserkeit verursachen, sehr selten sind Stimmbandschädigungen mit bleibenden Stimmstörungen (Heiserkeit) und Atemnot. Es kann zu Schäden v. a. an lockeren Zähnen, an Implantaten und fest sitzendem Zahnersatz und zum Zahnverlust kommen. Bringen Sie bitte eine eventuell vorhandene so genannte „Knirscherschiene“ als Zahnschutz mit! Schädigungen von Nerven mit Missempfindungen, Gefühlsstörungen 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

- **! 6 Stunden nichts mehr essen, nicht rauchen und nichts trinken; die letzte Mahlzeit vorher darf nur klein sein. Bei Nichteinhalten der Nüchternheit kann die Narkose wegen Lebensgefahr nicht durchgeführt werden! !**
- Wenn Sie besorgt sind, dass die Nüchternheit Ihnen/Ihrem Kind schaden könnte, rufen Sie uns bitte an (Mo. bis Fr.).
- Sagen Sie es dem Anästhesisten, wenn während dieses Zeitraumes doch etwas gegessen oder getrunken wurde.
- 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, Brille, herausnehmbaren Zahnersatz, Ringe, Schmuck, Piercings ablegen bzw. entfernen und sicher aufbewahren. Kommen Sie zu Ihrem OP-Termin **ungeschminkt!** Keine fetthaltigen Gesichtscremes verwenden.
- 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. Bei stärkeren und länger andauernden Beschwerden nach der Narkose (z. B. Stimmstörungen, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Übelkeit, Fieber) informieren Sie uns bitte direkt oder über Ihren behandelnden Arzt/Zahnarzt.

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 vereinbaren. 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. August 2023

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 Operationen**, Eingriffe, Behandlungen oder Untersuchungen in Narkose? Nein Ja

a) _____ Jahr: _____

b) _____ Jahr: _____

c) _____ Jahr: _____

4. Beschwerden nach einer **früheren Anästhesie** (Narkose, örtliche Betäubung)? 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**? Nein Ja

(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, Fett- Nein Ja
 leber, Hepatitis (Leberentzündung)
 oder _____

Nieren/Harnwege: erhöhte Kreatininwerte, Dia- Nein Ja
 lysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine
 oder _____

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Reflux- Nein Ja
 krankheit, Sodbrennen, Engstelle, häufiges Erbrechen
 oder _____

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht Nein Ja
 oder _____

Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf Nein Ja
 oder _____

Bewegungsapparat: Gelenkerkrankungen, Band- Nein Ja
 scheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Beschwerden
 oder _____

Nerven/Gemüt: Anfallsleiden (Epilepsie), Schlag- Nein Ja
 anfall (Apoplex), Lähmungen, Depressionen
 oder _____

Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen Nein Ja
 oder _____

Blut/Immunsystem: Gerinnungsstörungen, Blut- Nein Ja
 armut (Anämie), HIV-Infektion (AIDS-Virus)
 oder _____

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelschwund Nein Ja
 oder _____

·Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei Bluts- Nein Ja
 verwandten bekannt?

Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder **Überemp- Nein Ja
 findlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Kontrast-
 mittel, Jod, Medikamente, Pflaster, Latex
 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 Beru- Nein Ja
 higungsmitteln**?

·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:

Narkose mit Gesichtsmaske/Kehlkopfmaske/Intubation

Spezielles Verfahren: _____

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

Mit folgenden Maßnahmen bin ich in keinem Fall einverstanden:

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

_____ 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.**