



Anästhesie-Fragebogen Aufklärung und Einwilligungserklärung

Name: _____ Körpergröße: _____

Vorname: _____ Gewicht: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Geplante Operation: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen!

• **Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein?** Ja Nein
Wenn ja, wie häufig und in welcher Dosierung?

• **Hatten Sie schon früher Operationen?** Ja Nein
Wenn ja, welche, wann?

• **Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten?** Ja Nein
(z.B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden
Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen, Andere:

• **Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen?** Ja Nein

• **Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion ?** Ja Nein

• **Ergaben sich dabei Komplikationen ?** Ja Nein

Ist Ihnen bekannt, dass Sie aktuell an einer der folgenden Krankheiten leiden?

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen!

• **Hatten Sie schon früher Operationen?** Ja Nein

• **Herzerkrankungen?** Ja Nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen,
Herzmuskelentzündung, Herz- Rhythmusstörungen Herzschrittmacher)

• **Kreislauf- und Gefässerkrankungen?** Ja Nein
(z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombosen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)

• **Lungen- und Atemwegserkrankungen?** Ja Nein
(z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis,
Lungenblähung, Husten, Auswurf)

• **Magen- und Darmerkrankungen?** (z.B. häufiges Sodbrennen und saures Aufstossen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme) Ja Nein

• **Nierenerkrankungen?** (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine, Nierenfunktionsstörung) Ja Nein

• **Lebererkrankungen?** (z.B. Gelbsucht, Hepatitis) Ja Nein

• **Stoffwechselerkrankungen?** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte) Ja Nein

• **Schilddrüsenerkrankungen?** (z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf) Ja Nein

• **Augenerkrankungen?** (z.B. grauer oder grüner Star, Pupillendifferenz) Ja Nein

• **Nervenleiden?** (z.B. Epilepsie, Lähmungen) Ja Nein

• **Gemütsleiden?** (z.B. Depression) Ja Nein

• **Erkrankungen des Bewegungsapparates?** Ja Nein

• **Muskelerkrankungen, Muskelschwäche oder maligne Hyperthermie?** (ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine Muskelerkrankung oder maligne Hyperthermie bekannt?) Ja Nein

• **Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?** (z.B. Blutarmut, verlängerte Blutung nach Zahnziehen od. aus Wunden, Nasenbluten ohne klare Ursache, blaue Flecken ohne Anstossen) Ja Nein

• **Allergien oder Überempfindlichkeiten?** (Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, etc.)
Welche? _____ Ja Nein

• **Leiden Sie an einer anderen nicht aufgeführten Erkrankung?**
Welcher? _____ Ja Nein

Verschiedenes:

• **Tragen Sie Zahnersatz** (Stiftzähne, Zahnbrücken, Prothesen?) _____ Ja Nein

• **Haben Sie lockere Zähne? Wenn ja, wo?** _____ Ja Nein

• **Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?** _____ Ja Nein

Lebensgewohnheiten:

• **Rauchen Sie regelmässig? Wie viel?** _____ Ja Nein

• **Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wie viel?** _____ Ja Nein

• **Nahmen oder nehmen Sie Drogen? Welche?** _____ Ja Nein

• **Tragen Sie ein Hörgerät?** Ja Nein

Aufklärung über die Anästhesie und Einwilligungserklärung

Diese Seite wird vor Ort zusammen mit dem/der Anästhesiearzt/-ärztin ausgefüllt

Die Verfahren und die Nebeneffekte werden mit dem/der Anästhesiearzt/-ärztin zusätzlich und ausführlich besprochen. Hier eine kurze Zusammenfassung:

Allgemeine Risiken

Übelkeit, Erbrechen, Kältezittern, allergische Reaktionen, Rückenschmerzen, Nervenschädigungen durch Lagerung. Das Abbrechen oder Beschädigen eines Zahnes bei der Narkoseeinleitung kann, wenn auch sehr selten, immer vorkommen. Das Risiko des Zahnschadens und die Zahnwiederherstellungskosten gehen zu Lasten des/der Patienten*in.

Bei Ihnen sind die folgenden Verfahren für die Anästhesie und spezifische postoperative Schmerztherapie vorgesehen:

- **Rückenmarksnahe Regionalanästhesie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
Spezifische Risiken: Blutdruckabfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, Harnverhalt, Infektion
Sehr selten: Nervenschäden, Querschnittslähmung, Verschlechterung von Hör- und Sehvermögen
- **Pheriphere Leitungsanästhesie** (Nervenblockaden: Arm, Schulter, Bein)
Spezifische seltene Risiken: Nervenschäden, Infektionen
- **Allgemeinanästhesie** (Vollnarkose)
Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Zahnschaden, Aspiration, ungenügende Narkosetiefe
- **Spezifische Postoperative Schmerztherapie** (Spinal-, Periduralanästhesie)
Peripherer Nervenkatheter Periduralkatheter Intravenöse PCA-Pumpe

Spezifische Risiken bei weiteren bei Ihnen vorgesehenen Massnahmen:

- **Urinkatheter:** Infektion, Harndrang, Harnröhrenverengung
- **Bluttransfusion:** Unverträglichkeitsreaktion, sehr selten Übertragung einer Viruserkrankung
- **Zentralvenöser Katheter:** Infektion Lungenkollaps, Blutung

Notizen der Anästhesieärztin/Anästhesiearztes zum Aufklärungsgespräch:

(z.B. Individuelles Risiko, Risiko erhöhende Umstände, Bemerkungen zum Ablauf, Antworten auf Fragen im Verlaufe des Aufklärungsgesprächs) _____

Einwilligungserklärung

- Der/Die unterzeichnende Anästhesiearzt/-ärztin hat mit mir heute anhand meiner Antworten zu den obenstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch über das für mich vorgesehene Anästhesieverfahren geführt.
- Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, insbesondere nach der Art des Verfahrens, dessen Vor- und Nachteilen und den damit verbundenen Risiken.
- Ich weiss, dass ich nur bis 6 Std. vor der Anästhesie essen und bis 2 Std. vorher klare Flüssigkeit trinken darf.
- Ich weiss, welche Medikamente ich wann einnehmen soll.
- Im Falle einer Entlassung am Operationstag sind mir die Verhaltensregeln bekannt.

Ich habe keine weiteren Fragen

Ich willige ein, dass die besprochene Anästhesie durchgeführt wird

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in
bzw. des/der Sorgeberechtigten

Unterschrift Anästhesiearzt/-ärztin