

-----

-----

-----

Patientenetikette

# Anaesthesieeinwilligung Erwachsene

## Sehr geehrter Patient!

Die meisten Operationen und schmerzhaften Untersuchungen werden heutzutage unter Ausschaltung der Schmerzempfindung durch einen Anaesthesisten (Narkosefacharzt) vorgenommen. Je nach Erfordernis kann eine Vollnarkose oder eine örtliche Betäubung angewendet werden.

Ein Anaesthesist wird mit Ihnen das für Sie am besten passende Anaesthesieverfahren und eventuell mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen besprechen.

Trotz sorgfältiger Vorkehrungen sind auch bei der Narkose – selten aber doch - unerwünschte „Nebenwirkungen“ (Zahnschäden, Heiserkeit,...) möglich. Das Einatmen von Erbrochenem hat unter Umständen fatale Folgen, daher:

- 1. Bitte mindestens 6 Stunden vor Anästhesiebeginn nichts mehr essen!**
- 2. Klare Flüssigkeiten ( Wasser, Tee, Fruchtsäfte ohne Fruchtfleisch) dürfen bis zu 2 Stunden vor Anästhesiebeginn getrunken werden!**
- 3. Sollten Sie Raucher sein, verzichten Sie bitte 24 Stunden vor der Operation auf Nikotin!**

Sie können so selbst das Risiko von Lungenkomplikationen während und nach der Operation senken! Nach ambulanten Eingriffen in Narkose ist die Reaktionsfähigkeit bis zu 24 Stunden stark beeinträchtigt, Sie sollten daher nur in Begleitung nach Hause gehen und dürfen kein Fahrzeug selbst lenken!

## Da Ihre eigene Sicherheit von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben abhängt, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen !

Ihre Angaben unterliegen natürlich voll der ärztlichen Schweigepflicht, sind jedoch für die Wahl des geeigneten Anaesthesieverfahrens, sowie für die Dosierung der Medikamente von entscheidender Bedeutung!

Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, den Anaesthesisten, die Stationsärzte oder das Pflegepersonal zu fragen!

Ihr Alter (Jahre) : .....

Ihre Größe (cm): .....

Ihr Gewicht (kg): .....

### ICH ...

- |  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| > betreibe Sportarten  | <input type="radio"/> nein | O ja, folgende .....                                     |
| > rauche   | <input type="radio"/> nein | O ja, mindestens ..... Zigaretten/Tag                    |
| > trinke Alkohol   | <input type="radio"/> nein | O ja, mindestens ..... /Tag                              |
| > bin schwanger  | <input type="radio"/> nein | O ja, ich bin in der ..... Schwangerschaftswoche         |
| > nehme regelmäßig Medikamente<br>(auch Aspirin, Antibabypille, usw) | <input type="radio"/> nein | O ja, .....  |
| > hatte Operationen (Jahr in Klammer)                                | <input type="radio"/> nein | O ja, .....<br>.....                                     |
| > hatte bei früheren Narkosen  |                            |  |
| - Probleme   | <input type="radio"/> nein | O ja, welche .....                                       |
| - Übelkeit/Erbrechen   | <input type="radio"/> nein | O ja, .....  |
| > bin ständig oder manchmal in<br>ärztlicher Behandlung              | <input type="radio"/> nein | O ja, wegen .....  |
| > bekam Bluttransfusionen  | <input type="radio"/> nein | O ja, Komplikation: .....                                |
| > trage Zahnersatz   | <input type="radio"/> nein | O ja, O Kronen O Teilprothese O Vollprothese O Stiftzahn |
| habe schlechte (kariöse) Zähne                                       | <input type="radio"/> nein | O ja, O Schneidezähne O Backenzähne                      |
| habe lockere Zähne   | <input type="radio"/> nein | O ja, O Schneidezähne O Backenzähne                      |
| > vertrage Obst/Süßigkeiten schlecht                                 | <input type="radio"/> nein | O ja, .....  |

