

Patientenmerkblatt für Anästhesie

Merkblatt 4/07

Donnerstags **Dres. H. Fröhlich/B. Barthel**

Friedrich Ebert Str. 17
51373 Leverkusen
Tel. **0172-9283320/
0177-7326060**

Mittwochs **Dr. Gabriele Kitz**

Auf dem Mühlenacker 6
50354 Hürth
Tel. **0177-5278385**

Dienstags **Dr. Laszlo P. Velciov**

Burgpfad 38b
50321 Brühl
Tel. **0179-4504051**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zu einer Operation in Narkose entschlossen. Als Fachärzte für Anästhesie sind wir während der Operation zuständig für die Schmerzausschaltung sowie die Überwachung und Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen. Die Spezialisierung zusammen mit der Anwendung modernster Anästhesie – und Überwachungstechniken bedeutet

für Sie ein größtmögliches Maß an Sicherheit für den geplanten Eingriff. Bitte tragen Sie in Ihrem eigenen Interesse zum bewährten Sicherheitsstandard mit bei und lesen Sie dieses Merkblatt aufmerksam durch. Füllen Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig aus und halten ihn am Operationstag für das Vorgespräch mit dem Anästhesisten bereit.

Folgende Anweisungen bitte genau befolgen:

Am Operationstag:



6 Stunden vor Op Termin



nicht essen und trinken.

Bis 2 Stunden vorher dürfen Sie allerdings noch Wasser trinken.



nicht rauchen!

Achtung: bei Nachmittagsterminen sollten Sie auf Ihr Frühstück **nicht** verzichten. Sie müssen jedoch bis zum Operationstermin auf jeden Fall 6 Stunden nüchtern sein.



Medikamente:
wie gewohnt morgens mit etwas Wasser einnehmen.

für Diabetiker:



Tabletten zur Senkung des Blutzuckerspiegels und Insulin sollten Sie am OP-Tag **nicht** nehmen, jedoch unbedingt mit in die Praxis bringen.

Begleitperson (ambulante Operation):

Es ist unerlässlich, dass Sie für den Transport und zuhause Unterstützung durch andere Personen haben.

Das Vorgespräch:

dient dazu, alle für die Narkose relevanten Belange zu klären, sowie alle Fragen, die Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessieren, zu beantworten.

Unmittelbar vor der Operation bitte

- die Blase entleeren
- herausnehmbare Zahnprothesen entfernen
- Kontaktlinsen entfernen, Uhren und Schmuck ablegen

Im Operationsraum geschieht Folgendes:

- eine Venenkanüle wird gelegt.
- Überwachungsgeräte zur Kontrolle von Kreislauf und Atmung werden angeschlossen.
- Über die Kanüle werden die erforderlichen Medikamente verabreicht.
- Das Einschlafen erfolgt rasch und wird meist als angenehm empfunden.

Bei den meisten Narkosen wird heutzutage nach dem Einschlafen eine Larynxmaske in den Rachenbereich gelegt, nur bei Eingriffen im Kopfbereich wird ein Schlauch in die Luftröhre gelegt (Intubation). Durch die Intubation kann es nach der Narkose vorübergehend zu Halsbeschwerden kommen; der Sicherheitsgewinn überwiegt jedoch bei weitem diese Belästigung.

Nach der ambulanten Narkose:

In der Regel fühlen Sie sich nach der Narkose wohl und können nach ca. 1 Stunde die Praxis verlassen.

Folgende Einschränkungen gelten aber auf jeden Fall – auch wenn Sie sich subjektiv wohl fühlen - für die nächsten 24 Stunden:



nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen!



keine Maschinen bedienen!

keinen Alkohol trinken!

keine wichtigen Entscheidungen treffen!

Zu Hause:

- Nehmen Sie bei Schmerzen die verordneten Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung.
- Falls vom Operateur keine anderen Empfehlungen gegeben werden, können Sie zu Hause nach belieben essen und trinken.
- Gelegentlich kann ein unangenehm starker Muskelkater auftreten, der jedoch harmlos ist und nach 1-2 Tagen von allein wieder verschwindet.

Sollten Probleme auftreten, die Sie auf die Narkose zurückführen, erreichen Sie uns unter den Telefonnummern:

Dr. Barthel 0177-732 6060

Dr. Fröhlich 0172-928 3320

Dr. Kitz 0177-527 8385

Dr. Velciov 0179-450 4051

Patienten Fragebogen

Bitte sorgfältig ausfüllen und am Operationstag bereithalten

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre Gewicht: _____ kg Größe _____ cm

vorgesehene Operation: _____ Krankenkasse: _____

- | | ja | nein | | ja | nein |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| bitte Zutreffendes ankreuzen | | | | | |
| 1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Blut- oder Blutgerinnungserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Gab oder gibt es bei Ihnen oder Blutsverwandten Muskelerkrankungen bzw. Muskelschwäche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Im Zweifelsfall bitte mitbringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Allergien? (bitte genaue Angabe wogegen!) Allergiepass mitbringen! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Frühere Narkosen/Operationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Leiden oder litten Sie an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Aids, HIV, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der Narkose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kam es bei Ihnen zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Bluttransfusion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? | | | 23. Rauchen Sie regelmäßig? Wie viele Zigaretten pro Tag: _____ Stück | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler; Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige Besonderheiten: | | |
| 9. Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chron. Bronchitis, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Fragen?: | | |
| 10. Lebererkrankungen (Leberzirrhose, Fettleber, Gelbsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11. Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. Augenerkrankungen (z. B. grüner Star)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 13. Stoffwechselerkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 14. Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 15. Gehirn- oder Nervenleiden (z. B. Depressionen, Krampfanfälle, Lähmungen, Schlaganfall)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 16. Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulen oder Gelenkerkrankungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Einverständniserklärung

(erst nach dem Aufklärungsgespräch unterschreiben)

- Den Aufklärungsbogen (Merkblatt Anästhesie 4/07) habe ich verstanden und gelesen. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
- Den Infoteil habe ich zum Mitnehmen erhalten. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ich wurde über die Narkose bei einer _____ aufgeklärt, sowie über die Vor- und Nachteile der möglichen Anästhesieverfahren informiert.

Vermerke des Arztes zum Aufklärungsgespräch/spez. Risiko erhöhende Besonderheiten:

.....
.....

Keine Narkose ohne Risiko:

Die Möglichkeit des Auftretens folgender seltener Narkoserisiken ist mir bekannt:
(Bei 10.000 Narkosen ereignet sich nur 1 folgenschwerer Zwischenfall)

- Herz- Kreislauf- und Beatmungsprobleme
- Einatmen von Erbrochenem (Aspiration)
- allergische Reaktionen und Verschluss von Blutgefäßen
- Zahn- und Stimmbandschäden, Halsschmerzen,
- Schluckbeschwerden
- Nasenbluten nach nasaler Intubation (OP im Mundbereich)
- Übelkeit und Erbrechen postoperativ
- bleibende Nervenschäden durch Druck oder Zerrung
- sehr selten extremes Fieber

Ich hatte zur Einwilligung ausreichend Bedenkzeit.

Ich willige in folgende Narkoseform ein:

- Maskennarkose Intubationsnarkose Larynxmaske sonstige

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens bin ich einverstanden.

- Als **Privatpatient** habe ich Kenntnis erhalten, dass in besonderen Fällen der Gebührensatz für ambulant durchgeführte Anästhesien bis zum 3,5 fachen Satz betragen kann. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen mir und dem behandelnden Arzt, der Rechnungsbetrag ist, nach erhaltener Leistung von mir zu entrichten und nicht durch meine Krankenversicherung.

Datum

PatientIn/Betreuer/Sorgeberechtigter

Ärztin/Arzt