



DR. BRUNNER

Marie-Jeanne | FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin
Ärztin für Allgemeinmedizin | Notärztin

AUFKLÄRUNGSBOGEN

Analgoosedierung - Erwachsene

Patienten - Name :

Geburtsdatum :

SV - Nummer :

Wohnadresse :

Mobil :

Mail - Adresse :

Kontakt Daten Begleitperson :

Bitte NICHT ausfüllen

Geplanter Eingriff :

OP - Datum :

Dauer :

Ordination :

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient !

Sie haben sich entschlossen einen ambulanten chirurgischen Eingriff in Analgosedierung (*Dämmerschlaf*) durchführen zu lassen.

Als Ihre verantwortliche Anästhesistin vor Ort , darf ich Ihnen folgenden Aufklärungsbogen ergänzend zu unserem ausführlichem Aufklärungsgespräch zur weiteren Information übersenden.

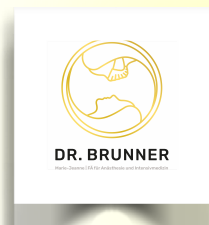
Zusätzlich sind folgende Fragen bezüglich Ihrer persönlichen Krankengeschichte (*Anamnesebogen*) zu beantworten.

Eine Analgosedierung wird durch die systemische, in der Regel intravenöse Gabe von Sedativa bzw. Hypnotika und/ oder von Opiaten bzw. Opioiden, in Ihrem besonderen Fall in Kombination mit einer Regionalanästhesie durchgeführt.

Sedierend und/oder analgetisch wirkende Medikamente können ineinander übergehende, nicht immer sicher abgrenzbare Zustände induzieren, die von einer minimalen Sedierung/Anxiolyse ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen bis zur vollständigen Bewusstlosigkeit/Allgemeinanästhesie reichen, einhergehend mit zunehmendem Verlust der Schutzreflexe bis hin zur Atem und Kreislaufdepression.

DIE ANALGO - SEDIERUNG IST GEEIGNET FÜR

- Angstpatienten
- längere Sitzungen beim Zahnarzt
- Patienten mit hoher Schmerzempfindlichkeit
- Patienten mit Würgereiz
- eine entspannte und stressfreie Behandlung



ANAMNESE - BOGEN

Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, bitte mit:

- Allergiepass
- Anästhesiepass
- Herzschrittmacherpass
- Stentpass / Implantatpass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Größe :	Gewicht :
Allergien :	
Impfstatus :	
☐ Genesen :	
1. Dosis :	Hersteller :
2. Dosis :	Hersteller :
3. Dosis :	Hersteller :
4. Dosis :	Hersteller :
☐ Ungeimpft	

Bitte NICHT ausfüllen

☐ ASA 1	☐ ASA 2
-----------------------------	-----------------------------

Bitte zutreffendes ankreuzen und eventuell ergänzen:

01 | Frühere Operationen?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche und wann:

02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

☐ Übelkeit/Erbrechen

☐ Atembeschwerden

☐ Kreislaufbeschwerden

☐ Kältezittern

☐ Verwirrtheit

☐ andere: _____

03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

☐ ja ☐ nein

04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

☐ ja ☐ nein

05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

07 | Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel, etc. , die Sie regelmäßig einnehmen:

☐ ja

☐ nein

wenn ja, welche:

08 | Blutverdünnende Medikamente

☐ ja

☐ nein

wenn ja, welche:

09 | frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept), Drogenersatzpräparate

☐ ja

☐ nein

wenn ja, welche: _____

10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, wie viel Stück pro Tag: _____

wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____

wenn früher ja, Nichtraucher seit wie vielen Jahren: _____

11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, was und wie viel pro Tag: _____

12 | Nehmen Sie Drogen?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, welche: _____

13 | Hören Sie schlecht?

☐ ja

☐ nein

14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, welche:

15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?

☐ ja

☐ nein

16 | Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?

☐ ja

☐ nein

17 | Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt worden?

☐ ja

☐ nein

18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne erkennbaren Grund?

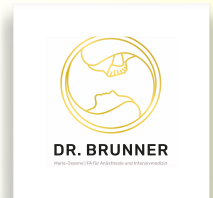
☐ Nasenbluten ☐ blaue Flecken ohne Anschläge ☐ Blutungen in Gelenke, Muskeln, Weichteile

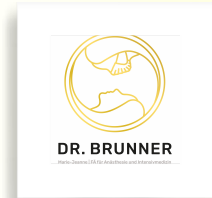
☐ auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen ☐ auffällig starke Blutung nach früheren Operationen
bzw. Schnittverletzungen

19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?

☐ ja

☐ nein





Nur von **Patientinnen** zu beantworten:

20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke Regelblutung:

- ☐ länger als 7 Tage Dauer
☐ mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

21 | Könnten Sie schwanger sein?

- ☐ ja
☐ nein

22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet oder akut erkrankt?

- ☐ ja
☐ nein

23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten:

- ☐ HIV
☐ Hepatitis
☐ Tuberkulose
☐ andere: _____

24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in sich?

- ☐ ja
☐ nein
Wenn ja, welche:
☐ Stent
☐ Herzschrittmacher
☐ Kardioverter - Defibrillator
☐ Piercing
☐ andere: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

25 | Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein

26 | Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein wenn ja, spritzen Sie Insulin: ☐ ja ☐ nein

27 | Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

28 | Haben sie schon eine Herzkatheteruntersuchung gehabt ☐ ja ☐ nein

29 | Haben sie einen Stent in den Herzkranzgefäßen ☐ ja ☐ nein

30 | Brustschmerzen in Ruhe ☐ ja ☐ nein

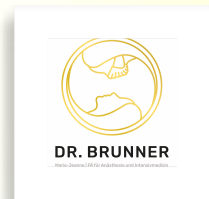
31 | Brustschmerzen nur bei Anstrengung ☐ ja ☐ nein

32 | Herzschwäche ☐ ja ☐ nein

33 | Wasser in Lungen oder Beinen ☐ ja ☐ nein

34 | Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern) ☐ ja ☐ nein

35 | Herzklappenfehler ☐ ja ☐ nein



36 | Lungenerkrankung ☐ ja ☐ nein

37 | Asthma bronchiale ☐ ja ☐ nein

38 | Bronchitis bzw. COPD ☐ ja ☐ nein
wenn ja, benötigen Sie ein Sauerstoffgerät: ☐ ja ☐ nein

39 | Schlafapnoe ☐ ja ☐ nein
wenn ja, haben Sie nachts eine CPAP-Maske: ☐ ja ☐ nein

40 | Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein

41 | Lebererkrankung ☐ ja ☐ nein

42 | Magen-Darm-Erkrankung ☐ ja ☐ nein

43 | Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein

44 | Erkrankungen der Arterien/Venen ☐ ja ☐ nein

45 | Erkrankungen des Nervensystems ☐ ja ☐ nein

46 | Vergesslichkeit/Demenz ☐ ja ☐ nein

47 | Schlaganfall bzw. TIA ☐ ja ☐ nein
wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen: ☐ ja ☐ nein

48 | Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung ☐ ja ☐ nein

49 | Muskelerkrankung ☐ ja ☐ nein

50 | Erkrankung des Bewegungsapparates ☐ ja ☐ nein

51 | Grüner Star ☐ ja ☐ nein

52 | Blutarmut/Anämie ☐ ja ☐ nein

53 | andere, oben nicht angeführte Erkrankung: ☐ ja ☐ nein
wenn ja, welche: _____

54 | Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein

55 | Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Einwilligungsfähigkeit gegeben:

- ◆ JA
- ◆ NEIN, weil: _____
- ◆ Die zur Einwilligung befugte Vertretung aufgeklärt:
- ◆ Name (Blockschrift): _____ als

- ◆ Basisinformation zum Aufklärungsgespräch durch:
☐ Anästhesist ☐ Aufklärungsbogen

Informationen über Verhaltensregeln vor und nach der Analosedierung / Anästhesie

Merkblatt „Infoblatt“ erhalten

☐ Verhaltensregeln akzeptiert

☐ Verhaltensregeln nicht akzeptiert Vermerk: _____

Mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken

Allfälliger Aufklärungsverzicht (**nicht** möglich bei ästhetischen Operationen)

Vermerk: _____

Trotz größter Sorgfalt können ernste Komplikationen auftreten. Diese sind sehr selten, können aber in Einzelfällen im Verlauf lebensbedrohlich sein, zu Folgeoperationen (inkl. deren Komplikationen) bzw. zu bleibenden Schäden führen.

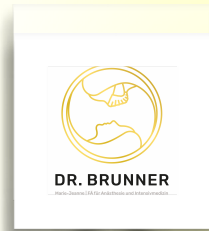
Beispielsweise durch: Risiken durch die Vorerkrankung(en) (laut Fragebogen)

- **Allgemeinanästhesie:** Allergische Reaktionen (inkl. Schock), Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, erschwerte Intubation, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung, Lungenschaden, Krampf der Kehlkopf- oder Bronchialmuskulatur, Beatmungsprobleme, Herz- Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen oder Hirnschädigung, drastischer Temperaturanstieg (maligne Hyperthermie), Zahn(ersatz)schaden/ Zahnverlust, Verletzungen an Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Halsschmerzen,

Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Schmerzempfinden oder Wachzustand während der Operation, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.

- **Sedoanalgesie:** Allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, Vertiefung des Dämmer Schlafes bis zur Allgemeinanästhesie, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung, Lungenschaden, Herz-Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung, Schmerzempfinden, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.
- **Überwachung:** Schmerzempfinden, Stressreaktionen, bei ungenügender Symptomkontrolle Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren.
- **Gefäßzugänge** (in Venen oder Arterien): Schmerzempfinden, Missempfindungen an Einstichstellen, Blutungen, Infektionen oder Gewebeverletzungen inkl. Verletzung des Rippenfells (Luft in der Brusthöhle, Atemstörungen), der Gefäße (Durchblutungsstörungen, Pseudoaneurysma) oder der Nerven, Abszess, Absterben von Gewebe, Blutvergiftung (Sepsis), bleibende Schäden (inkl. Narben, Schmerzen, Lähmungen)
- **Medikamentöse Schmerztherapie** nach der Operation: Bei starken Schmerzmitteln (z.B. Opioiden) Atemstörungen, Sturzgefahr, Tod, Übelkeit/Erbrechen; bei Entzündungshemmern Magen-Darm-Blutungen, Nierenschaden.

Hiermit bestätige ich, dass ich über das geplante und alternative Anästhesieverfahren, den gewöhnlichen Verlauf und die Risiken in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend aufgeklärt wurde, dass dieser Aufklärungsbogen das Aufklärungsgespräch stichwortartig korrekt wiedergibt und ich den Inhalt der Aufklärung verstanden habe.



Man hat mir erklärt, dass bei noch so sorgfältiger Behandlung Komplikationen nicht immer vermieden werden können und keine Garantie für den Erfolg der Behandlung gegeben werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Aufklärung. Ich treffe meine Entscheidung für die vorgeschlagenen anästhesiologischen Maßnahmen aus freiem Willen nach ausreichender Bedenkzeit und

☐ a. erkläre mich ausdrücklich mit diesen Maßnahmen und den allenfalls medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens einverstanden.

☐ b. erweitere diese Einwilligung auch auf folgende weitere mir von der Operateurin / vom Operateur erklärte Eingriffe in derselben Anästhesie:

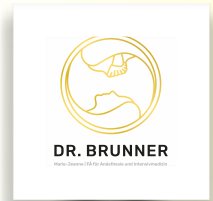
☐ c. habe verstanden, dass die geplante operative Behandlung aus mehreren gleichartigen Eingriffen besteht und jeweils mit demselben vorgesehenen Anästhesieverfahren durchgeführt wird.

☐ d. lehne folgende Maßnahmen ab:

Ort: _____

Datum: _____

Uhrzeit: _____



Patientin / Patient (Unterschrift) : _____

Gesetzliche Vertretung (Unterschrift) : _____

Anästhesistin / Anästhesist (Unterschrift): _____

Dolmetscherin / Dolmetscher (Unterschrift): _____

Sprache:

Die Dolmetscherin / der Dolmetscher bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, die Inhalte des Aufklärungsgespräches vollständig, korrekt und inhaltsgetreu in die oben angegebene Sprache übersetzt zu haben.