

Anästhesiefragebogen und Einwilligung

Daten der PatientInnen

Name:	Vorname:	Geschlecht: M ☐ W ☐
Geburtsdatum:	Telefon mobil:	
Gewicht in kg:	Grösse in cm:	Gewünschte Narkose: ☐ Analgosedation ☐ Vollnarkose
OP-Termin:	Operationsart:	OperateurIn:
Name Hausarzt / Hausärztin:	Telefon Hausarzt / Hausärztin:	

Gesundheitsanamnese

Waren Sie in den letzten 3 Monaten in ärztlicher Behandlung? Falls ja, weswegen?	☐ Ja	☐ Nein
Sind bei Ihnen Allergien (Nahrungsmittel / Medikamente) bekannt? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche? (bitte auflisten oder Ihre Medikamentenliste anhängen)	☐ Ja	☐ Nein
Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, tragen Sie bitte die wichtigsten Eingriffe und das Jahr ein.	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie nach Operationen an Übelkeit?	☐ Ja	☐ Nein

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Narkose auf? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie einen Zahnersatz (Stiftzähne, Prothesen, Zahnbrücken) oder haben Sie lockere Zähne?	☐ Ja	☐ Nein
Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von zwei Stockwerken hochsteigen?	☐ Ja	☐ Nein
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	☐ Ja	☐ Nein
Besteht bei Ihnen eine Patientenverfügung? Falls ja, bitte mitbringen.	☐ Ja	☐ Nein
Andere, nicht aufgelistete Anliegen? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein

Grunderkrankungen

Erkrankungen des Herz-/Kreislauf-Systems: Rhythmusstörungen, Herzfehler, hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzfehler, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen der Gefäße: Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Lungenembolien, Schlaganfall, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen der Atemwege: Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe-Syndrom, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie, Lähmungen, Parkinson, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen der Nieren: Niereninsuffizienz (Nierenfunktionsstörung), Nierenentzündung, Nierensteine, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis B/C, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen des Magen-Darm-Systems: Sodbrennen (Reflux), Verstopfung, chronischer Durchfall, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfette, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen der Schilddrüse: Überfunktion oder Unterfunktion der Schilddrüse, Kropf, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie, Lähmungen, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates: Gelenksbeschwerden, Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen des Blutsystems: Anämie (Blutarmut), vermehrte Blutungsneigung (vermehrt blaue Flecken), Nasenbluten unklarer Ursache, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankungen der Psyche: Depression, Schizophrenie, oder andere?	☐ Ja	☐ Nein
Andere, nicht aufgelistete Erkrankungen? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein

Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie regelmässig? Falls ja, seit wann und wieviel pro Tag?	☐ Ja	☐ Nein
Trinken Sie regelmässig Alkohol? Falls ja, was und wieviel pro Tag?	☐ Ja	☐ Nein
Nahmen oder nehmen Sie Drogen? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmässig Schlaf- / Beruhigungsmedikamente ein? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	☐ Ja	☐ Nein
Andere, nicht aufgelistete Anliegen? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein

Ablauf der Anästhesie:

Als Standardüberwachung gilt die Blutdruckmanschette am Arm und der Pulsoxymeter am Finger. Zusätzlich wird ein venöser Zugang (vorzugsweise am Handrücken oder der Armvene) für die Infusion von Schmerz- und Narkosemittel gelegt. Nur in Notfällen wird die Anästhesieüberwachung erweitert, wobei dann ein Rettungsdienst dazu gezogen wird. Das Auge selbst wird mittels Tropfen, Betäubungsmittel in das Auge, oder einer Spritze hinter das Auge gemäss der Aufklärung durch den Chirurgen / die Chirurgin unempfindlich gemacht.

Spezifische Risiken der Anästhesie:

- Tropfanästhesie: Keine spezielle Risiken.
- Analgosedation (leichte Sedierung): Die Verminderung der Wahrnehmung durch Medikamente kann zu einer Erinnerungslücke, Dämpfung der Atmung, Aspiration, Veränderung des Blutdruckes, und Bewusstseinsstörungen führen.

Einwilligungserklärung:

Ich habe die obengenannten Anästhesieverfahren inklusive deren Risiken gelesen und verstanden. Ich habe allfällige Fragen mit dem Anästhesisten / der Anästhesistin besprochen und willige die anästhesiologische Behandlung ein.

Ort und Datum:

Unterschrift Patient / Patientin:

Unterschrift Anästhesist / Anästhesistin:

.....

.....