

Anästhesiologisches „Standby“, Analgesedierung

für: _____
(vorgesehener Eingriff)

am: _____
(Datum)

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern!

Den geplanten Eingriff wird der Operateur in **örtlicher Betäubung** (*Lokalanästhesie, Leitungsanästhesie*) durchführen.

Ein Narkosearzt (*Anästhesist/Anästhesistin*) übernimmt die **Überwachung und Aufrechterhaltung wichtiger Körperfunktionen**, insbesondere von Herz, Kreislauf und Atmung (*Anästhesiologisches „Standby“*). Seine Zusammenarbeit mit dem operierenden Arzt dient Ihrer **Sicherheit**.

Um **Komplikationen vorzubeugen**, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können, fragt der Narkosearzt nach Vor- und Begleiterkrankungen (*Anamnese*), führt eine körperliche Untersuchung durch und ordnet ggf. Zusatzuntersuchungen und/oder eine Vorbehandlung an.

Vor dem Eingriff legt der Narkosearzt einen intravenösen Zugang (*Infusion*) an, in den er ein- oder mehrmals kurzwirksame Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und/oder andere für Sie/Ihr Kind erforderliche Medikamente einspritzen kann. Die Beruhigungsmittel wirken entspannend und führen zu einem schmerzfreien Dämmer Schlaf (*Analgesedierung*); sie schränken das Erinnerungsvermögen an die Operation ein (*Amnesie*). Selten wird der **Übergang zu einer Narkose** aus operativer Sicht oder zur Stabilisierung wichtiger Organfunktionen erforderlich (zum Beispiel, weil sich die **Eingriffsdauer erheblich verlängert** oder das örtliche Betäubungsmittel sich zu weit ausbreitet). Falls Sie nähere Informationen über die Narkose und ihre Risiken wünschen, informieren wir Sie gerne. Die anderen Medikamente können zur Stabilisierung wichtiger Organfunktionen oder aus operativer Sicht erforderlich sein.

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

An der Einstichstelle kann ein **Bluterguss** entstehen. **Nachblutungen, Infektionen** sowie **Nervenverletzungen** sind extrem selten.

Unerwünschte Wirkungen von Betäubungsmitteln und anderen Medikamenten (z.B. Juckreiz, Übelkeit, Atembeschwerden) können vor allem bei **Überempfindlichkeit/Allergie** und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir in der Anamnese fragen.

Lebensbedrohliche Komplikationen, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Einatmen von Mageninhalt (*Aspiration*), Verschluss von Blutgefäßen (*Embolie*) durch verschleppte Blutgerinnsel (*Thromben*) und schwerwiegende **Unverträglichkeitsreaktionen** sind äußerst selten. Bei zehntausenden von Eingriffen ereignet sich nur ein schwerer Anästhesiezwischenfall.



Empfohlen von der
Deutschen Gesundheitshilfe e.V.



Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nichts anderes angeordnet!

Vor dem Eingriff:

- **6 Stunden nichts** mehr **essen** (auch kein Kaugummi, Bonbon u. ä.), **nicht rauchen** und **nichts trinken**; ein kleines Glas Wasser, z.B. zur Einnahme von Medikamenten, ist bis **2 Stunden** vorher erlaubt.
Kinder unter 1 Jahr dürfen bis **6 Stunden** vor dem Eingriff mit fester Nahrung gefüttert werden; bis **4 Stunden** vorher ist das Trinken von Milch erlaubt, **bis 2 Stunden** vorher klare Flüssigkeit (z.B. Tee, Wasser).
Sagen Sie es dem Arzt/der Ärztin, wenn Sie/Ihr Kind innerhalb dieses Zeitraumes doch etwas gegessen oder getrunken **haben/hat**.
- Bitte fragen Sie den Arzt/die Ärztin, welche **Medikamente** eingenommen bzw. abgesetzt werden müssen.
- Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspangen, **herausnehmbaren Zahnersatz, Ringe, Schmuck** (auch Piercing-Schmuck!), künstliche Haartile abnehmen und sicher aufbewahren.
Make-up und Nagellack entfernen!

Oft wird am Vorabend oder kurz vor dem Eingriff ein Beruhigungsmittel (Tablette, Zäpfchen, Spritze) gegeben (*Prämedikation*).

Nach dem Eingriff:

Wird der Eingriff **ambulant** durchgeführt, so muss der Patient **von einer Begleitperson abgeholt** und die häusliche Betreuung sichergestellt werden.

Wegen der Nachwirkungen der Betäubung, soweit ärztlich nicht anders angeordnet, **innerhalb von 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, nicht an laufenden Maschinen arbeiten, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Kinder sollten am gleichen Tag unter Beaufsichtigung in der Wohnung bleiben.

Der nachfolgende **Fragebogen** bezieht sich auf den Patienten. Bitte füllen Sie ihn **vor dem Aufklärungsgespräch** gewissenhaft aus. Wir helfen Ihnen bei Bedarf gerne dabei.

Geben Sie Ihre **Einwilligung im Dokumentationsteil** erst dann, wenn Sie alle Ihre Fragen stellen konnten, und wenn Sie keine weitere Überlegungsfrist mehr benötigen.

Falls Sie als **Sorgeberechtigte(r)** für Ihr Kind bzw. als amtlich bestellter **Betreuer oder als Bevollmächtigter** entscheiden und nicht zum Aufklärungsgespräch kommen können, bitten wir Sie, mit Ihrer Unterschrift zugleich zu bestätigen, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das die Ärztin/der Arzt – ggf. nach dem Gespräch mit Ihrem Kind/Betreuten – wählt.

10. **Schwerhörigkeit?** N J
Hörgerät? N J
11. **Raucher/in?** N J
Wenn ja, was und wie viel täglich?
12. **Trinken Sie Alkohol?** N J
Wenn ja, wie häufig? _____
Was und wie viel? _____
13. **Häufige Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln?** N J
Welche? _____
14. **Nehmen Sie oder nahmen Sie früher Drogen ein?** N J
Welche? _____
15. **Bestehen bei Ihnen noch weitere Erkrankungen / gesundheitliche Beeinträchtigungen?**
Welche? _____

Zusatzfragen nur für ambulante Eingriffe

1. Aufenthalt in den ersten 12-24 Stunden nach dem Eingriff:
Ort, Straße, Haus-Nr. _____
Stockwerk, Tel. Nr. der Wohnung _____
2. Ist die ständige Betreuung in dieser Zeit gewährleistet? N J
Durch wen? _____
Name, Lebensalter _____
3. Ist die Wohnung von unserer Praxis/Klinik oder von der Praxis des Hausarztes innerhalb 30 Minuten erreichbar? N J
4. Steht ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? N J
5. **Hausarzt/überweisender Arzt:**
Name _____
PLZ/Ort _____
Straße _____ Tel.Nr. _____

Im Aufklärungsgespräch

mit Frau/Herrn _____ (Ärztin / Arzt)

wurden unter anderem erörtert: Maßnahmen zur Überwachung und Aufrechterhaltung der Körperfunktionen, Dämmer Schlaf, mögliche Komplikationen, risikoreichende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe sowie:

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden **Fragen** stellen. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten. Die Fragen zur **Anamnese** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den abgetrennten **Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen erhalten.

Einwilligung

Nach **gründlicher Überlegung** willige ich für den Eingriff _____ ein in:

- Maßnahmen zur Überwachung und Aufrechterhaltung wichtiger Körperfunktionen (Anästhesiologisches „Standby“)**, ggf. kombiniert mit einem
- Dämmer Schlaf (Analgosedierung)**

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Behandlungsverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte hierzu genauere Angaben machen:

Datum, Uhrzeit _____

Patientin / Patient bzw. Betreuer / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter

Ärztin / Arzt

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.