

Erwachsene und Jugendliche  
(ab dem 14. Lebensjahr)

**Anästhesie Praxis Hahn**  
**Dr. med. Vladimir Hahn**  
Beerentaltrift 61  
21077 Hamburg  
FA für Anästhesiologie, Schmerztherapie,  
Intensiv- und Notfallmedizin

**E-Mail:** info@hahn-anaesthesie.de  
**Tel.:** 0155 601 446 74  
**Fax:** 040 369 434 33  
**Internet:** www.hahn-anaesthesie.de

## BITTE VOR DEM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH LESEN!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der geplante Eingriff soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) erfolgen. Dieser Informationsbogen soll Sie auf das Aufklärungsgespräch vorbereiten.

### Die Narkose

schaltet Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Meist wird ein Narkosemittel in die Vene eingespritzt. Bei längerdauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt oder es werden gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff gegeben:

- über eine **Maske**, die auf Mund und Nase aufliegt (Maskennarkose) oder
- über einen **Tubus** (Beatmungsschlauch), der auf dem Kehlkopf aufsitzt oder in die Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose)

Die Intubation erleichtert die Beatmung und verringert die Gefahr des Einatmens von Speichel oder Mageninhalt.

Eine Kombination von Narkose und Regionalanästhesie kann den Bedarf an Narkosemitteln weiter verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten.

Ist dies vorgesehen, werden Sie darüber gesondert informiert.

### Die Regionalanästhesie

schaltet Schmerzempfindungen in dem zu operierenden Bereich des Körpers durch das Einspritzen von Betäubungsmitteln in die Nähe der schmerzleitenden Nerven aus. Wenn nötig, können dabei auch leichte Sedierungsmittel in Kombination mit örtlicher Betäubung eingesetzt werden. Der betäubte Bereich des Körpers kann für mehrere Stunden gefühllos bleiben, so dass für diese Zeit hier mit Ausfällen der Körperfunktionen zu rechnen ist.

Allgemeine Risiken der Regionalanästhesie: **Verletzung von Blutgefäßen** kann zu Blutergüssen oder sehr selten zu stärkeren Blutungen, die eine weitere Behandlung oder Operation erfordern, führen. **Haut-, Gewebe- und Nervenschäden** durch die Kanüle können in sehr seltenen Fällen zu bleibenden Funktionsstörungen oder sogar Lähmungen im betroffenen Körperbereich führen. **Infektionen** im Bereich der Einstichstelle können zu Entzündungen, in sehr seltenen Fällen zu Blutvergiftung (Sepsis) mit Beteiligung von weiteren Organen führen, was dann ggf. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern würde.

### Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

Der Anästhesist überwacht die Körperfunktionen, um Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können.

**Lebensbedrohende Komplikationen**, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Einatmen von Erbrochenem, Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnsel (Thromben) und schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen sind äußerst selten, selbst bei Patientinnen und Patienten in hohem Lebensalter, in schlechtem Allgemeinzustand oder mit Begleiterkrankungen. Bei zehntausenden von Narkosen ereignet sich nur **ein** schwerer Anästhesiezwischenfall.

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

**Übelkeit und Erbrechen** sind durch die neuen Verfahren seltener geworden. Selten kommt es zu einem **krampfartigen Verschluss der Luftwege**, der sich in aller Regel beherrschen lässt. Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge einer massiven Stoffwechsellentgleisung extrem an (maligne Hyperthermie).

Die Intubation kann vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit** verursachen, sehr selten sind Stimmbandschädigungen mit **bleibenden Stimmstörungen** (Heiserkeit) und **Atemnot**. **Zahnschäden** sind insbesondere bei lockeren Zähnen möglich. Bei nasaler Intubation sind Verletzungen der Nasenschleimhaut, der Nasenmuscheln und ggf. Nasenbluten möglich.

**Lähmungen** an Armen oder Beinen in Folge von Druck oder Zerrung durch die Lagerung während der Narkose, lassen sich nicht absolut sicher ausschließen. Sie bilden sich meist innerhalb weniger Monate zurück.

## BITTE UNBEDINGT BEACHTEN!

### Vor dem Eingriff:

Sofern ärztlich nicht anders angeordnet dürfen Sie am Operationstag

- 6 Stunden vor dem Eingriff nichts essen (auch kein Kaugummi, Bonbon o.ä.)
- 2 Stunden vor dem Eingriff nichts trinken (davor nur klare Flüssigkeiten oder Kaffee ohne Milch)

Sagen Sie es der Ärztin/dem Arzt, wenn Sie doch etwas zu sich genommen haben.

Verzichten Sie am Operationstag möglichst auf das Rauchen und fragen Sie den Anästhesisten, welche Medikamente eingenommen werden dürfen bzw. sollen.

Brillen, Kontaktlinsen, herausnehmbaren Zahnersatz, Ringe, Schmuck, künstliche Haarteile bitte ablegen und sicher aufbewahren. Wir können dafür keine Haftung übernehmen.

Make-up ist zu entfernen.

### Nach dem Eingriff

Nach einer ambulanten Operation muss die Patientin/der Patient von einer mündigen erwachsenen Person abgeholt werden. Eine postoperative Betreuung zu Hause ist erforderlich. Wegen den Nachwirkungen der Medikamente dürfen Sie für 24 Stunden nicht als Fahrer/in eines Fahrzeugs, eines Zweirads oder auch als Fußgänger/in aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, Maschinen bedienen, Alkohol trinken oder wichtige Entscheidungen treffen.

Der nachfolgende Fragebogen bezieht sich auf die Patientin/den Patienten. Bitte füllen Sie ihn vor dem Aufklärungsgespräch gewissenhaft aus.

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

Sollten Sie mit bestimmten begleitenden Maßnahmen nicht einverstanden sein, so geben Sie diese bitte an der dafür vorgesehenen Stelle an.

# ANAMNESE FRAGEBOGEN (bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen)

## Patient

weiblich     männlich     divers

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Alter / Jahre                      Gewicht / kg                      Größe / cm

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

## Arzt (vom Anästhesisten auszufüllen)

Geplanter Eingriff \_\_\_\_\_

Anästhesie \_\_\_\_\_

Termin \_\_\_\_\_

ASA \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

N = Nein     J = Ja

Ärztliche Behandlung in letzter Zeit?  N  J  
Weswegen? \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten  N  J  
in den letzten Tagen oder Wochen? \_\_\_\_\_

Frühere Operationen?  N  J  
Bitte Eingriff bezeichnen: \_\_\_\_\_

Beschwerden nach einer früheren  N  J  
Narkose / örtlichen Betäubung  
Welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten  N  J  
im Zusammenhang mit der Anästhesie auf?

Bei Patientinnen:  N  J  
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

**Wissen Sie oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere Erkrankungen?**

Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler,  N  J  
Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung,  
hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen

Gefäße: Krampfadern, Thrombose,  N  J  
Durchblutungsstörungen

Atemwege / Lunge: chronische Bronchitis  N  J  
Asthma, Lungenentzündung, TBC, Lungenblähungen

Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber,  N  J  
Gallensteine

Nieren: erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht,  N  J  
Nierenentzündung, Nierensteine

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle  N  J

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht  N  J

Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf  N  J

Skelettsystem: Gelenkerkrankungen,  N  J  
Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom

Nerven / Gemüt: Krampfleiden (Epilepsie),  N  J  
Lähmungen, Depressionen

Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen  N  J

Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasebluten,  N  J  
blaue Flecke auch ohne Verletzungen bzw.  
nach leichter Berührung

Muskeln: Muskelschwäche  N  J

Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei  N  J  
Blutsverwandten bekannt?

Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungs-  N  J  
mittel, Fruchtzucker, Medikamente, Jod, Pflaster, Latex

Andere Erkrankungen?  N  J

Lockere Zähne, Karies?  N  J

Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone)?  N  J

Schwerhörigkeit?  N  J

Hörgerät?  N  J

Raucher/in?  N  J

Wenn ja, was und wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum / Drogenkonsum?  N  J

nie  selten  regelmäßig  geringe Mengen  größere Mengen   
Bier  Wein  hochprozentige Getränke

1. Wer übernimmt die häusliche Betreuung der Patientin/des Patienten in den ersten 12-24 Stunden?  
(Name, Alter) \_\_\_\_\_

2. Ist eine ständige Betreuung gewährleistet?  N  J

3. Unter welcher Nummer ist die Patientin/der Patient telefonisch erreichbar?

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

4. Ist die Wohnung von unserer Praxis oder von der Praxis des Hausarztes innerhalb von 30 Minuten erreichbar?  N  J

5. Steht ein Auto mit Fahrer/in zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar?  N  J

## Im Aufklärungsgespräch

mit Frau / Herrn Dr. \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

wurden u.a. erörtert: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe, Verhaltensregeln nach erfolgter Operation, sowie Notwendigkeit einer engen Betreuung durch Aufsichtspersonen für 24 Stunden.

MH \_\_\_\_\_; Aspiration \_\_\_\_\_; postoperatives Verhalten \_\_\_\_\_; Intubationsprobleme \_\_\_\_\_;  
Herz-Kreislauf-Probleme \_\_\_\_\_; Anaphylaxie \_\_\_\_\_; Einblutung \_\_\_\_\_; Infektion \_\_\_\_\_;  
Gefäß-/ Nervenschädigungen \_\_\_\_\_; Blutbildveränderungen nach Gabe von Novamin \_\_\_\_\_

Den für mich bestimmten Informationsteil habe ich erhalten und gelesen, die Verhaltensweise werde ich beachten. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich verzichte auf die Mitnahme einer Kopie des Aufklärungsbogens.

**Einwilligung: Nach gründlicher Überlegung willige ich für den Eingriff \_\_\_\_\_ ein**

in: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der sorgeberechtigten Person\*

\_\_\_\_\_  
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.

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich \_\_\_\_\_ (Name der Patientin/des Patienten) erkläre mich einverstanden, dass in der Anästhesiepraxis Dr. Hahn und Kollegen erforderliche Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen

- über den Umfang und die Art meiner Daten,
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung,
- über erforderliche Aufbewahrungsfristen,
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen stellen konnte.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Ermittlung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters