

Aufnahme ins EKH geplant am (Datum): .....
OP geplant am (Datum): .....

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Gewicht: ..... kg      Größe: ..... cm

Telefonnummer: .....

Beruf: .....

Geplante Operation: .....

**Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:**

**1) Hatten Sie früher bereits Operationen?**

ja       nein

wenn **ja**, welche und wann: .....

.....

**2) Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?**

ja       nein

wenn **ja**, welche:

Übelkeit / Erbrechen       Verwirrtheit

Kreislauf-, Atemprobleme       Kältezittern

andere: .....

**3) Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?**

ja       nein

**4) Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?**

ja       nein

wenn **ja**, welche:

Latex (Gummi)       Antibiotika (z.B. Penicillin)

Jod     Nickel     Gräser     Nahrungsmittel

andere: .....

**5) Wie ist Ihre Belastbarkeit: können Sie 2 Stockwerke hinaufgehen ohne Atemnot oder Herzbeschwerden?**

ja       nein

**6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

ja       nein

wenn **ja**, welche: .....

.....

**Blutverdünnende Medikamente?**

ja       nein

wenn **ja**, welche: .....

**Frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept)?**

ja       nein

wenn **ja**, welche: .....

**7) Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in Ihrem Körper?**

ja       nein

wenn **ja**, welche:

Stent     Schrittmacher     Defibrillator     Piercing

Blutzuckersensor     Medikamentenpumpe z.B. Insulin

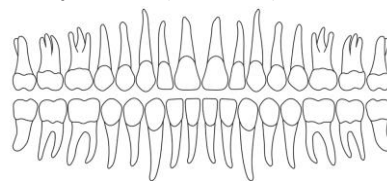
Hörgerät     Zahnprothese

andere: .....

**8) Fragen zu Ihrem Atemweg: haben Sie wackelige oder beschädigte Zähne?**

ja       nein

wenn **ja**, welche (ankreuzen):



**Haben Sie einen Anästhesiepass „Schwieriger Atemweg“?**

ja       nein

**Können Sie Ihren Kopf in den Nacken neigen?**

ja       nein

**Können Sie den Mund so weit öffnen, dass 2 Finger übereinander zwischen die Zahnkanten von Ober- und Unterkiefer passen?**

ja       nein

**Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet?**

ja       nein

**Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?**

ja       nein

wenn **ja**, wie viel Stück pro Tag: .....

seit wie vielen Jahren: .....

wenn **früher ja**, Nichtraucher seit: .....

**9) Beobachten Sie folgende Blutungen ohne erkennbaren Grund?**

Nasenbluten       in Gelenke, Muskeln, Weichteile

blaue Flecken ohne Anschläge

starke Blutung nach  Zahnziehen     früheren OPs

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

ja       nein

**Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten jemals eine Thrombose oder Lungenembolie aufgetreten?**

ja       nein

Nur von Patientinnen auszufüllen:

**Haben oder hatten Sie eine starke Regelblutung?**

länger als 7 Tage Dauer

mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

**Könnten Sie schwanger sein?**     ja       nein

**Stillen Sie derzeit?**       ja       nein

**10) Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis, Tuberkulose?**

ja  nein  
wenn **nein**, hatten Sie eine andere Infektionskrankheit:

.....

**11) Nehmen Sie Alkohol oder andere Drogen zu sich?**

ja  nein  
wenn **ja**, was und wie viel pro Tag: .....

wenn **früher ja**, abstinent seit: .....

**12) Benötigen Sie Unterstützung bei Alltagsaktivitäten?**

nein  
 ja, beim Einkaufen und beim Essenzubereiten  
 ja, beim Duschen, Baden, Ankleiden  
 ja, bin komplett auf Hilfe angewiesen

**13) Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?**

ja  nein

**14) Haben Sie eine Patientenverfügung?**

ja  nein

**15) Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten bzw. Symptome?**

Bluthochdruck  ja  nein  
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)  ja  nein  
Wasser in der Lunge oder den Beinen  ja  nein  
Herzinfarkt  ja  nein

wenn **ja**, wann: .....

wenn Sie einen Stent haben, wann

wurde dieser implantiert: .....

Brustschmerzen (Angina pectoris)  ja  nein

Herzrhythmusstörung z.B. Vorhofflimmern  ja  nein

wenn Sie einen Schrittmacher haben, wann

war die letzte Kontrolle: .....

Herzklappenfehler  ja  nein

Verengte Becken-Beingefäße (pAVK)  ja  nein

Verengung der Halsschlagadern (CAVK)  ja  nein

Krampfadern (Varizen)  ja  nein

Bewusstlosigkeit (Synkope)  ja  nein

Bronchitis, COPD  ja  nein

wenn **ja**, brauchen Sie ein Sauerstoffgerät  ja  nein

Asthma bronchiale  ja  nein

Schlafapnoe  ja  nein

wenn **ja**, brauchen Sie nachts ein CPAP-Gerät  ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  ja  nein

wenn **ja**, spritzen Sie Insulin  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Schlaganfall oder TIA  ja  nein

wenn **ja**, wann: .....

bleibende Symptome: .....

chronische Schmerzkrankheit  ja  nein

Demenz  ja  nein

Gemütsleiden  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Grüner Star (Glaukom)  ja  nein

Nierenerkrankung  ja  nein

wenn **ja**, brauchen Sie Blutwäsche (Dialyse)  ja  nein

Lebererkrankung  ja  nein

Magen-Darmerkrankung  ja  nein

Bösartigen Tumor (Krebs)  ja  nein

wenn **ja**, erhaltenen Sie derzeit Chemotherapie  ja  nein

Muskelerkrankung  ja  nein

Knochen- und Gelenkerkrankung  ja  nein

wenn **ja**, haben Sie bei bestimmter Lagerung

Einschränkungen  ja  nein

andere, oben nicht angeführte Erkrankung:

.....

## Diagnostik vor der OP

Mit den obigen Angaben im Anästhesie Fragebogen wird nach einem bundesweiten Qualitätsstandard unter Bedachtnahme der anstehenden Operation festgelegt, welche weiteren Befunde in Ihrem Fall einzuholen sind. Das wird Ihnen im Anästhesievorgespräch mitgeteilt.

Beispiel 1) Wenn Sie z.B. ganz gesund sind und eine kleine, den Körper nicht belastende OP bevorsteht, sind keine weiteren Befunde erforderlich. Sie müssen nüchtern zur OP kommen.

Beispiel 2) Wenn Sie z.B. eine relevante Erkrankung haben und eine große, belastende OP bevorsteht, dann sind weitere Befunde einzuholen, z.B.

- Blutbild, CRP, Blutzucker, HbA1c, Kreatinin, eGFR, BUN, K, Na, aPTT, PTZ, TZ, Fibrinogen, Hepatitis/HIV-Serologie, Harn komplett
- EKG
- zusätzliche Befunde je nach Vorerkrankung  
am Herzen: NT-proBNP  
an der Lunge: Lungenfunktion. ev. Lungenröntgen  
auffällige Befunde melden Sie Ihren Ärzt\*innen
- Internistische Stellungnahme zur etwaigen Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes

Narkosetauglichkeit bzw. OP-Freigabe durch niedergelassene Hausärzte oder Internisten sind laut bundesweitem Qualitätsstandard nicht zulässig.

Die Freigabe zur Operation erteilt Ihnen die Anästhesistin / der Anästhesist nach dieser standardisiert maßgeschneiderten Vorbereitung unter Bedachtnahme der Risiken durch Ihren Gesundheitszustand sowie der anstehenden Operation in Anästhesie.

## Anästhesie Aufklärung

Vor Ihrem individuellen Anästhesievorgespräch: sehen Sie sich den Aufklärungsfilm an bzw. lesen Sie den Aufklärungsbogen und das Merkblatt zu den Verhaltensregeln rund um Operationen durch.

[www.ekhwien.at/anaesthesieberatung](http://www.ekhwien.at/anaesthesieberatung)



Ich habe Basisinformationen zur Anästhesieaufklärung erhalten über

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Aufklärungsfilm  Aufklärungsbogen  Ich möchte auf die Risikoaufklärung verzichten (nicht möglich bei ästhetischen Operationen)

**Im Zuge des Anästhesiegespräches auszufüllen:**

**Vorgesehenes Anästhesieverfahren**

- Allgemeinanästhesie („Vollnarkose“)
  - Intubation
  - Kehlkopfmaske
- Sedierung, Sedoanalgesie („Dämmerschlaf“)
- Überwachung
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie
  - Spinalanästhesie („Kreuzstich“)
  - Epidural-, Periduralanästhesie Lendenbereich
  - Epidural-, Periduralanästhesie Brustbereich
  - mit  ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie („Nervenblock“)
  - Hals-, Schulter-, Armbereich
  - Brust-, Becken-, Beinbereich
  - mit  ohne Katheteranlage

**Alternatives Anästhesieverfahren**

- Allgemeinanästhesie („Vollnarkose“)
  - Intubation
  - Kehlkopfmaske
- Sedierung, Sedoanalgesie („Dämmerschlaf“)
- Überwachung
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie
  - Spinalanästhesie („Kreuzstich“)
  - Epidural-, Periduralanästhesie Lendenbereich
  - Epidural-, Periduralanästhesie Brustbereich
  - mit  ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie („Nervenblock“)
  - Hals-, Schulter-, Armbereich
  - Brust-, Becken-, Beinbereich
  - mit  ohne Katheteranlage

**Vorgesehenes Maßnahmen**

- Harnblasenkatheter
- Magensonde
- Invasive Blutdruckmessung
- Zentraler Venenkatheter
- Eigenblutaufbereitung
- Fremdbluttransfusion
- Wachintubation

**Weitere Maßnahmen und Vermerke**

.....

.....

.....

**Mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken**

Trotz größter Sorgfalt können ernste Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten. Diese sind sehr selten, können aber in Einzelfällen im Verlauf lebensbedrohlich sein, zu Folgeoperationen (inklusive deren Komplikationen) und zu bleibenden Schäden führen. Beispielsweise durch:

- Risiken durch Vorerkrankungen** (laut Fragebogen)
- Allgemeinanästhesie, Sedierung, Sedoanalgesie:** allergische Reaktionen inkl. Schock, Medikamentennebenwirkungen und -wechselwirkungen, erschwerte Intubation, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem), inkl. Lungenentzündung, Lungenschaden, Krampf der Kehlkopf- und Bronchialmuskulatur, Beatmungsprobleme, Herz-Kreislauf oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen, Hirnschaden, drastischer Temperaturanstieg (maligne Hyperthermie), Zahn(ersatz)schaden, Zahnverlust, Verletzungen an Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Stimmbändern, Augen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Schmerzen oder Wachzustand während der Operation, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (Delir), Einschränkung der Denkleistung
- Überwachung:** Schmerzempfinden, Stressreaktionen, bei ungenügender Symptomkontrolle Umsteigen auf alternative Anästhesieverfahren inklusive sämtlicher Komplikationen
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie:** allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen und -wechselwirkungen, Rückenschmerzen, vorübergehende oder bleibende Lähmung/Taubheitsgefühl, Infektion inkl. Hirnhautentzündung, Verletzung Nerven/Rückenmark, Blutung, Krampfanfall, Sturzgefahr, Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion, Bewusstseinsverlust, Atemversagen inkl. Erfordernis der künstlichen Beatmung, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlages, Tod, bei ungenügender Wirkung Umsteigen auf alternative Anästhesieverfahren inklusive sämtlicher Komplikationen
- Periphere Regionalanästhesie:** allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen und -wechselwirkungen, Schmerzen, Blutungen, Infektionen, vorübergehende oder bleibende Nervenschäden und Lähmung/Taubheitsgefühl, Rippenfellverletzungen, Lungenschaden, Verletzungen von Schlagadern oder Gewebe, bei ungenügender Wirkung Umsteigen auf alternative Anästhesieverfahren inklusive sämtlicher Komplikationen
- Katheteranlage in der Regionalanästhesie:** Verlagerung des Katheters mit ungenügender Wirkung, Schmerzen, Verabreichung von Medikamenten ins umliegende Gewebe inkl. Blutgefäße, Nerven, Sturzgefahr; Risiken der Regionalanästhesie
- Harnblasenkatheter:** Schmerzen, Blutung, Infektionen oder Verletzungen von Harnröhre, Blase, benachbarten Strukturen
- Magensonde:** Schmerzen, Zahn(ersatz)schaden, Zahnverlust, Blutung, Infektion oder Verletzung des Mund-Rachenraumes, Speiseröhre, Magens, benachbarter Strukturen
- Gefäßzugänge in Venen und Arterien:** Schmerzen, Missempfindungen an Einstichstelle, Blutung, Infektion oder Verletzungen der Gefäße (Durchblutungsstörungen, Aneurysma), der Nerven oder des Rippenfells (Luft in Brusthöhle, Atemstörung), Abszess, Absterben von Gewebe, Blutvergiftung (Sepsis), bleibende Schäden inkl. Narben, Schmerzen, Lähmungen)
- Bluttransfusionen und Blutprodukte:** Transfusionsreaktionen inkl. Allergie, Lungenversagen, Tod, Thrombose inkl. Schlaganfall, Infektionen inkl. Leberentzündung, HIV
- Wachintubation:** Schmerzen, Risiken der Allgemeinanästhesie
- Schmerztherapie nach der Operation:** Atemstörungen, Sturz, Tod, Übelkeit/Erbrechen, Magen-Darm-Blutungen, Nierenschaden

## Patienteneinwilligung zur Anästhesie

Hiermit bestätige ich, dass ich über das vorgesehene und alternative Anästhesieverfahren und vorgesehenen Maßnahmen, den gewöhnlichen Verlauf und die Risiken in einem persönlichen Aufklärungsgespräch und die Verhaltensregeln zur Risikosenkung umfassend aufgeklärt wurde, die Eintragungen das Aufklärungsgespräch korrekt wiedergibt, ich die Inhalte der Aufklärung verstanden habe und meine Angaben wahrheitsgetreu sind.

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 vorgesehenen anästhesiologischen Maßnahmen aus freiem Willen nach ausreichend Bedenkzeit.

- Ich erkläre mich ausdrücklich mit diesen Anästhesieverfahren und Maßnahmen und den allenfalls medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen der anästhesiologischen Betreuung einverstanden.
- Ich erkläre mich einverstanden und befolge die Verhaltensregeln rund um Operationen in Anästhesie.
- Ich erkläre mich ausdrücklich mit demselben Anästhesieverfahren und Maßnahmen einverstanden bei einer geplanten operativen Behandlung bestehend aus mehreren gleichartigen Eingriffen.
- Ich lehne folgende Maßnahmen ab: .....

.....

Mündliche Einwilligung in Telefonvisite erteilt, den ..... um ..... Uhr

Wien, den ..... um ..... Uhr

Patientin / Patient (Unterschrift): .....

Gesetzliche Vertretung (Unterschrift): .....

Dolmetsch (Name / Sprache / Unterschrift): .....

bestätigt mit der Unterschrift die Inhalte des Aufklärungsgesprächs korrekt und inhaltsgetreu in die oben angegebene Sprache übersetzt zu haben

Einwilligungsfähigkeit gegeben            O ja   O nein

zur Einwilligung befugte Vertretung:    Name ..... als .....

### Anästhesie Freigabe

Anästhesistin / Anästhesist (Name / Unterschrift): .....

erteilt

nicht erteilt

erteilt, vorbehaltlich ausstehender bzw. optimierter Befunde: .....