

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

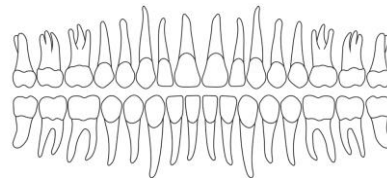
Hörgerät Zahnprothese

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	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wasser in der Lunge oder den Beinen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , wann:	
wenn Sie einen Stent haben, wann wurde dieser implantiert:	
Brustschmerzen (Angina pectoris)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörung z.B. Vorhofflimmern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn Sie einen Schrittmacher haben, wann war die letzte Kontrolle:	
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verengte Becken-Beingefäße (pAVK)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verengung der Halsschlagadern (CAVK)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krampfadern (Varizen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bewusstlosigkeit (Synkope)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bronchitis, COPD	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , brauchen Sie ein Sauerstoffgerät	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlafapnoe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , brauchen Sie nachts ein CPAP-Gerät	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , spritzen Sie Insulin	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall oder TIA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , wann:	
bleibende Symptome:	
chronische Schmerzkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Demenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Gemütsleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , brauchen Sie Blutwäsche (Dialyse)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bösartigen Tumor (Krebs)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , erhaltenen Sie derzeit Chemotherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Muskelerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knochen- und Gelenkerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja , haben Sie bei bestimmter Lagerung Einschränkungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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



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: