
Merkblatt für
**AMBULANTE
ANÄSTHESIEN**

(Narkosen und Leitungsanästhesien)
Ambulantes Operationszentrum Reutlingen
Unter den Linden 16 • 72762 Reutlingen
Telefon 07121/ 339526 Fax 07121/340261

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bitte mindestens 6 Stunden vor der Operation:

- **Nicht mehr Essen!**
- **Nicht mehr Trinken!**
- **Nicht mehr Rauchen!**
- **Kein Bonbon oder Kaugummi!**

Bitte unterrichten Sie uns

wenn Sie bzw. Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Stunden vor dem Eingriff etwas gegessen, getrunken oder geraucht haben oder wenn seit der Voruntersuchung eine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (z. B. eine fieberhafte Erkrankung)

Nach dem Eingriff

Lassen Sie sich von den Angehörigen oder einem Taxi nach Hause bringen und sorgen Sie dafür, dass sie zuhause von einer Person betreut werden.

Nichts essen, trinken oder rauchen, solange Sie noch Nachwirkungen der Anästhesie spüren.

24 Stunden lang dürfen Sie

- nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, auch nicht als Fußgänger
- keine Maschine bedienen
- keine wichtigen Entscheidungen treffen (auch keine Verträge abschließen)
- keinen Alkohol trinken
- nur die verordneten Medikamente einnehmen
- Bleiben Sie nach dem Eingriff an diesem Tag zuhause

Narkose/ örtliche Betäubung:

Die Narkose schaltet vorübergehend das Bewusstsein und die Schmerzempfindlichkeit aus. Zur Sicherung der Atemwege werden bei längeren Eingriffen oder blutenden Nasen-Rachen-Eingriffen eine Kehlkopfmaske oder ein Beatmungsschlauch gelegt. Die Narkosemittel werden über eine Vene und über die Atemwege zugeführt und lassen sich genau dosieren. Lebenswichtige Körperfunktionen werden durch den Einsatz von Narkose- und Überwachungsgeräten während der gesamten Narkose genau überwacht und gesteuert.

Bei der örtlichen Betäubung wird ein Betäubungsmittel in die Nähe von Nerven gespritzt und so die Schmerzempfindung für einige Stunden ausgeschaltet; gleichzeitig kommt es zu Muskelschwäche und Bewegungseinschränkungen.

Komplikationen:

Schwere, lebensbedrohliche Komplikationen sind sehr selten. Trotz aufwendiger Vorsorge- und Überwachungsmaßnahmen kann es in wenigen Fällen zu Herz-Kreislauf- oder Beatmungszwischenfällen, Übertritt von Mageninhalt in die Lunge (Aspiration), allergischen Reaktionen, Zahnschäden, Stimmbandverletzungen, Hals/Schluckbeschwerden, Blutergüssen im Bereich der Einstichstellen (Kanülen), Entzündungen der punktierten Vene oder Übelkeit kommen. Bei einer nasalen Intubation können unter bestimmten Umständen, Verletzungen der inneren Nasenstrukturen auftreten. Extrem selten kann eine Maligne Hyperthermie (extreme Erhöhung der Körpertemperatur) auftreten.

Bleibende Nervenschäden durch Druck bei der Lagerung sind Ausnahmen.

Bei örtlichen Betäubungsverfahren treten in seltenen Fällen Blutergüsse, Nervenverletzungen oder Infektionen auf. Bleibende Schäden sind extrem selten. In Ausnahmefällen können Herzrhythmusstörungen oder Krampfanfälle auftreten.

Fragebogen zur Anästhesievorbereitung

Größe: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten

nein / ja

-Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Angina pectoris)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Kreislauf-/Gefäßerkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Gefäßverengung, Embolie, Schlaganfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Bluterkrankungen oder Blutgerinnungstörung (z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Lungenerkrankungen oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Nierenerkrankungen (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, Gicht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Allergien (Ausschläge auf Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Nerven- und Gemütsleiden (z.B. Epilepsie, Depressionen, Multiple Sklerose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Augenerkrankungen (z.B. Grüner oder grauer Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Magengeschwür, Sodbrennen, Refluxkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Muskelkrankungen oder andere Erbkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Leiden oder litten Sie an einer anderen Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurden Sie in den letzten 8 Wochen geimpft? (Wenn ja, gegen was? _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, weswegen? _____		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wurden Sie schon einmal in Narkose operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie die Narkose gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten dabei Zwischenfälle auf? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trat bei Ihnen oder einem Familienangehörigen während oder nach einer Narkose sehr hohes Fieber auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? Was und wie viel pro Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen oder nahmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die geplante Operation in
 Vollnarkose örtlicher Betäubung durchgeführt wird.

Über Art- und Ablauf der Betäubung, sowie über Risiken (insbesondere

_____ wurde ich ausreichend informiert. Die Aufklärung habe ich verstanden. Ich willige in alle vorbereitenden und begleitenden anästhesiologischen Maßnahmen ein.

Ich habe keine Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.

Ich habe noch folgende Fragen: _____
(Zur Klärung offener Fragen setzen Sie sich bitte mind. 24 Stunden vor dem Eingriff mit uns in Verbindung)

Ich versichere, dass eine häusliche Versorgung nach der Narkose gewährleistet ist und ich nach der Operation ordnungsgemäß von einer vertrauten Person direkt nach Hause gebracht werde.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes

Unterschrift Abholung nach Hause: