



OP-Termin (bitte eintragen)

Datum:

Uhrzeit:

- im Anästhesie Centrum
- in der Praxis/Klinik des Operateurs

Gemeinschaftspraxis Anästhesie Centrum

B

Dr. Christian Brodowski
Facharzt für Anästhesiologie
M 0176 64 61 77 16

H

Martina Heßbrügge
Fachärztin für Anästhesiologie
M 0163 92 06 233

(Praxisstempel des Operateurs)

L

Dr. Janina Lang
Fachärztin für Anästhesiologie
M 0176 219 505 37

P

Dr. Damian Posielek
Facharzt für Anästhesiologie
M 0171 40 28 159

Patienten-Merkblatt für die ambulante Anästhesie

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Ihnen, bzw. Ihrem Kind steht eine ambulante Operation bevor.

Wir möchten Sie darüber informieren, was Sie wissen und beachten müssen, damit Narkose und Operation angenehm und mit größtmöglicher Schonung und Sicherheit verlaufen.

Am Operationstag:

- **bis zu 6 Stunden** vor der OP **essen** erlaubt (eine leichte Mahlzeit, z.B. Weißbrot mit Marmelade)
- **bis zu 2 Stunden** vor der Operation noch kleine Mengen **Wasser trinken**
- **danach nicht mehr essen oder trinken**
- **nicht rauchen** (am gesamten OP-Tag)
 - Ihre gewohnten Medikamente mit einem Schluck Wasser einnehmen
Ausnahme: Diabetes mellitus (Zuckertabletten bzw. Insulin) und Blutverdünner (z.B. Aspirin oder ASS 100, Plavix, iscover und Marcumar): bitte entsprechend der Anweisung nach Rücksprache mit dem Anästhesisten oder Operateur verhalten
 - den ausgefüllten **Anästhesie-Fragebogen** bereithalten
 - bitte Ihre **Elektronische Gesundheitskarte** mitbringen

Über die Anästhesie/Narkose:

Der geplante Eingriff soll in Schmerzausschaltung (Anästhesie) erfolgen. Der für die Anästhesie verantwortliche Arzt wählt das geeignete Verfahren und bespricht es mit Ihnen. Aufklärungsgespräch und körperliche Untersuchungen dienen, neben Ihrer Information dazu, ein genaues Bild über den Gesundheitszustand des Patienten zu erhalten. Die Aufgabe des Anästhesisten ist es, jedes vermeidbare Risiko auszuschalten (u. U. kann es sinnvoll sein, die Anästhesie zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen und den Eingriff zu verschieben).

Über die Anästhesie/Narkose:

Die Narkose (Allgemeinanästhesie) schaltet das Bewusstsein und die Schmerzempfindungen aus. Der Patient befindet sich dabei in einem schlafähnlichen Zustand. Meist wird zur Einleitung der Narkose eine Venenkanüle gelegt. Nach Anlegen der Überwachungsgeräte zur Kontrolle von Kreislauf und Atmung erfolgt die intravenöse Gabe der Narkosemedikamente über die bereits gelegte Venenkanüle. Die Narkoseeinleitung bei kleinen Kindern kann auch über Maskeninhalation erfolgen. Über das geeignete Verfahren entscheidet der Anästhesist zusammen mit dem Kind und den Eltern. Bei längerdauernden Narkosen und Eingriffen im Mund-Rachen-Raum wird nach dem Einschlafen meist ein Schlauch in die Luftröhre gelegt (Intubation). Die Intubation erleichtert die Beatmung und vermindert das Risiko des Einatmens (Aspiration) von Speichel oder Mageninhalt.

Mögliche Nebenwirkungen und Risiken:

Der Anästhesist überwacht während des gesamten Eingriffs die Körperfunktionen, um Komplikationen vorzubeugen, welche sich aus dem Eingriff und dem Narkoseverfahren ergeben könnten.

Übelkeit und Erbrechen sind selten geworden. Zwischenfälle durch Einatmen von Erbrochenem (Aspiration) während der Narkose sind, insbesondere bei nüchternen Patienten, extrem selten.

Die Intubation kann vorübergehend Schluckbeschwerden, Heiserkeit und Hustenreiz verursachen.

Äußerst selten sind Stimmbandschäden mit bleibender Heiserkeit oder gar Atemnot. Zahnschäden sind besonders bei lockeren oder schadhafte Zähnen möglich. Lebensbedrohliche Komplikationen, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand und schwerwiegende Unverträglichkeiten sind bei allen Narkoseverfahren äußerst selten, selbst bei Patienten im hohen Lebensalter, im reduzierten Allgemeinzustand oder mit Begleiterkrankungen. Bei zehntausenden von Eingriffen ereignet sich nur ein schwerer Anästhesiez Zwischenfall.

○ Unmittelbar vor dem Eingriff:

- die Blase entleeren
- Kontaktlinsen herausnehmen
- Zahnprothesen entfernen
- Uhr und Schmuck ablegen

○ Nach der Narkose:

- nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen
- keine Maschinen bedienen
- keinen Alkohol trinken
- keine wichtigen Entscheidungen treffen
- Sorgen Sie dafür, dass Sie nach der Operation von einer erwachsenen Person nach Hause begleitet werden. Stellen Sie am Operationstag eine lückenlose Betreuung durch erwachsene Personen sicher, welche bei Bedarf Ihren Narkosearzt oder Operateur kontaktieren können!

Diese Einschränkungen und Vorgaben gelten für einen Zeitraum von **24 Stunden**.

○ Zu Hause:

- Nehmen Sie bei Schmerzen die verordneten Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung
- Falls vom Operateur keine anderen Anweisungen gegeben werden, können Sie sofort ganz nach Appetit essen und trinken. Bei eventueller Übelkeit langsam mit Tee und Zwieback beginnen

Sollten **Probleme** auftreten, die Sie auf die Narkose zurückführen, erreichen Sie uns unter den oben angegebenen **Mobil-Telefonnummern**.

Bitte vergessen Sie nicht, den **Fragebogen zum Befinden** nach der Operation am nächsten Tag auszufüllen. Sie können ihn beim nächsten Besuch in der Praxis des Operateurs abgeben oder direkt an das Anästhesie Centrum schicken.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit!
- Ihre Ärzte und Mitarbeiter des Anästhesie Centrums Essen

Vorgespräch am,Uhr
 Ort: AC Praxis Operateur
 Tel. am,Uhr



**Anästhesie
 Centrum**

Gemeinschaftspraxis Anästhesie Centrum
 Steeler Straße 402 | 45138 Essen
 info@anaesthesie-centrum.de
 www.anaesthesie-centrum.de

Anästhesie - Patienten-Fragebogen

Name: Telefon:
 Straße: PLZ/Ort:
 Geb. Datum: Alter:Jahre Gewicht:kg Größe:cm Krankenkasse:
 Vorgesehene Operation: Begleitperson:

Code:

1. Welchen Beruf üben Sie aus?	Ja	Nein	19. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Allergien (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Tragen Sie Zahnersatz (z.B. nicht festsitzende Prothesen, Zahnbrücken, Stiftzähne)? Haben Sie lockere, nicht herausnehmbare Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frühere Narkosen und Operationen? Welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Rauchen Sie regelmäßig? pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der Anästhesie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? Ergaben sich dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Nehmen Sie andere Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gab oder gibt es bei Ihnen oder bei Ihren Blutsverwandten Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche (Muskeldystrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Besonderheiten? (z.B. Unfälle, nicht aufgeführte Vorerkrankungen, besondere berufliche Verhältnisse)? Ich habe folgende Fragen		
Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?					Ja
8. Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzrhythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe keine weiteren Fragen.		<input type="checkbox"/>
9. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass die geplante Operation in Vollnarkose ausgeführt wird.		<input type="checkbox"/>
10. Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Asthma, chron. Bronchitis, Pseudo-Krupp)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass die Operation in Kurznarkose und Lokalanästhesie ausgeführt wird.		<input type="checkbox"/>
11. Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Leberverhärtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass bei dem Eingriff in Lokal-Anästhesie eine Anästhesie-Überwachung (Stand-by) und ggf. eine Sedierung durchgeführt wird.		<input type="checkbox"/>
12. Nierenerkrankungen (z.B. Nierenentzündung, Nierensteine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Patienten-Merkblatt sowie den Patienten-Fragebogen (Kopie) habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen und bin über Art, Zweck und Hergang der geplanten Narkose, sowie über ihre Vor- und Nachteile und Risiken aufgeklärt worden.		<input type="checkbox"/>
13. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Fruchtzuckerunverträglichkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Als Sorgeberechtigter versichere ich durch meine Unterschrift, dass auch alle weiteren Sorgeberechtigten (z.B. Vater) einverstanden sind.		<input type="checkbox"/>
14. Schilddrüsenkrankungen (z.B. Kropf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Datum		
15. Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterschrift (ggf. der Erziehungsberechtigten / gesetzlicher Betreuer)		
16. Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterschrift des Arztes		
17. Wurden Sie wegen Gemütsleiden (z.B. Depressionen) ärztlich behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäule-, Gelenkerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Befinden nach der Operation

Name:

Operationsdatum:

Operateur: Anästhesist: Dr. Brodowski M. Heßbrügge Dr. Lang
 Dr. Posielek

Operation:

Hatten Sie, nachdem Sie zu Hause waren, eine der folgenden Beschwerden?

	nein	ja	leicht	schwer	Bettruhe oder Behandlung erforderlich
1. Müdigkeit					
2. Kopfschmerzen					
3. Schwindel					
4. Übelkeit					
5. Erbrechen					
6. Muskelschmerzen (wo?)					
7. Halsbeschwerden					
8. Schmerzen bzw. Auffälligkeiten an der Injektionsstelle					
9. Blutungen					
10. Sonstiges					

Konnten Sie wie gewohnt essen und trinken? Ja Nein

Wenn nicht, warum nicht?

Konnten Sie an dem Tag nach der Operation Ihre gewohnten Tätigkeiten verrichten?

Wenn nicht, warum nicht?

Würden Sie sich nochmal ambulant operieren lassen?

Würden Sie sich vom gleichen Team operieren lassen?

Wie empfanden Sie die Betreuung:

sehr gut gut befriedigend schlecht

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift:

Anästhesie Centrum
- Qualitätssicherung -

Steeler Straße 402
45138 Essen
