

## INFORMATIONEN ZUR ANÄSTHESIE

Dieses Dokument ist für Sie zur Information bestimmt.

Sehr geehrte Patientin

Sehr geehrter Patient

Um die bei Ihnen geplante Operation schmerzfrei und erfolgreich durchführen zu können, ist eine Anästhesie (Betäubung) vorgesehen. Die Wahl der Betäubungsart erfolgt jeweils nach Art der Operation, dem allgemeinen Gesundheitszustand und dem Wunsch der Patienten. Ihre Anästhesieärztin/Ihr Anästhesiearzt wird Sie über den Ablauf informieren und mit Ihnen das geeignete Anästhesieverfahren besprechen.

Zur Schmerzausschaltung kennen wir zwei Hauptgruppen von Anästhesieformen:

- **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose):** Das Bewusstsein und somit die Schmerzempfindung werden mittels verschiedener Medikamente ausgeschaltet. Meistens muss dabei künstlich beatmet werden, wovon Sie aber nichts spüren werden.
- **Regionalanästhesie (Teilnarkose):** Es besteht die Möglichkeit, die einzelnen Körperteile durch eine örtliche Betäubung auszuschalten nach dem gleichen Prinzip wie beim Zahnarzt. Dabei haben Sie nach kurzer Zeit kein Gefühl mehr (kalt-warm, Schmerz, Berührung) und können diesen Körperteil meistens auch nicht mehr bewegen. Die Dauer der Betäubung hängt vom gewählten Medikament ab, endet jedoch meistens nach 2 bis 6 Stunden. Das Gefühl und die Bewegungsfähigkeit kehren langsam zurück. Bei der "Rückenanästhesie" (Spinal- und Periduralanästhesie) werden die aus dem Rückenmark austretenden Nerven betäubt, es wird *nicht in das Rückenmark gestochen*. Während des Eingriffes sind Sie wach, können Musik hören oder nach Belieben etwas schlafen. Bei einem kleinen Teil der Patienten wirkt die Regionalanästhesie nicht genügend, sodass auf eine Allgemeinnarkose gewechselt werden muss.

### **Die Sicherheit der Anästhesie ist heute sehr gross, das Risiko äusserst gering.**

Alle lebenswichtigen Körperfunktionen werden lückenlos überwacht, zB. Herzfähigkeit, Kreislauf- und Atemfunktion. Bedeutsame Zwischenfälle und Komplikationen sind deshalb bei allen modernen Anästhesieverfahren sehr selten. Erwähnt seien jedoch Infektionen oder Nervenschäden nach Regionalanästhesie oder als Folge der Lagerung. Für Zahnschäden wird keine Haftung übernommen.

Zusätzliche Risiken können entstehen bei speziellen Massnahmen wie Einlage eines Urinkatheters und bestimmter Gefässkatheter (zentraler Venenkatheter, arterielle Katheter) oder bei der Gabe von Blut oder Blutbestandteilen (Bluttransfusion). Dadurch hervorgerufene Komplikationen sind jedoch ebenfalls selten.

Durch blutsparende Massnahmen während der Operation kann die Notwendigkeit von Bluttransfusionen deutlich vermindert werden.

Beschwerden, die **nach der Anästhesie** auftreten können, aber nicht lange anhalten, sind Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen (nach Vollnarkosen) oder Schwierigkeiten beim Wasserlösen und Kopfschmerzen (nach der Regionalanästhesie). Sie werden umgehend mit den geeigneten Massnahmen behandelt.

**Schmerzen bedeuten für den Körper "Stress"** und verursachen neben Unwohlsein und Leid eine Belastung für das Herz, die Atmung, den Kreislauf und den Stoffwechsel. Eine frühzeitige Behandlung der Schmerzen vermindert diesen "Stress" und ermöglicht eine raschere Schmerzfreiheit. Bitte melden Sie sich rechtzeitig bei der Schwester!

## **Im Interesse Ihrer Sicherheit bitten wir Sie um Ihre Mithilfe!**

Zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer möglichen gesundheitlichen Vorbelastung bitten wir Sie, den nebenstehenden Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Aufgrund Ihrer Angaben und weiterer Untersuchungsbefunde werden wir Ihnen die optimale Anästhesieform empfehlen.

### **Bitte beachten Sie folgende Punkte:**

1. Essen und Rauchen **6 Stunden vor dem geplanten Operationstermin** einstellen (bei Kataraktoperationen 4 Stunden). Kleine Mengen klarer Flüssigkeit oder schwarzer Kaffee können bis zu **2 Stunden vor dem Eingriff** eingenommen werden. Das Risiko von Erbrechen und Verschlucken während der Operation wird vermindert.

**Für Kinder gelten besondere Verordnungen:** Sie erhalten Informationen durch den einweisenden Arzt oder können den Dienstarzt Anästhesie (Tel. 041 784 04 44) anfragen.

2. Bitte orientieren Sie den Anästhesiearzt über plötzlich aufgetretene fieberhafte Erkrankungen, Schnupfen, Husten, Halsschmerzen usw.
3. Künstliche, lockere oder beschädigte Zähne bitte dem Narkosearzt melden. Zahnprothesen müssen nur bei Allgemeinanästhesien (Vollnarkose) entfernt werden.
4. Nach einem **ambulanten Eingriff** müssen Sie noch 2-6 Stunden zur Überwachung im Spital bleiben. Lassen Sie sich von Angehörigen abholen oder mit dem Taxi nach Hause fahren. Klären Sie ab, wer Sie zuhause betreuen kann. Wegen der Nachwirkungen der Anästhesie ist Ihre Reaktionsfähigkeit herabgesetzt: lenken Sie kein Fahrzeug, bedienen Sie keine Maschinen und trinken Sie keinen Alkohol.
5. Verschiedene Medikamente **die Acetylsalicylsäure enthalten** (Aspirin, Alka-C, Aspro, Alka-Seltzer, Plavix, Treupel, Togonal oder Contrascmerz) verstärken die Blutungsgefahr. Diese Medikamente müssen zum Teil vor der geplanten Operation abgesetzt werden. Besprechen Sie dies mit Ihrem **behandelnden Arzt/Ärztin**.

Als Alternative können Sie bei Schmerzen oder fieberhaften Zuständen **Paracetamol-haltige** Medikamente (Benuron, Dafalgan, Panadol, Acetalgin) und bei Kopfschmerzen Tonopan einnehmen.

Bei allfälligen Fragen und/oder Unklarheiten steht Ihnen der/die Anästhesist/in zur Verfügung. Wenden Sie sich bitte an uns über die Nummer unseres Sekretariats: +41 41 784 04 44.

**Das Anästhesieteam von Hypnocare wünscht Ihnen einen angenehmen Aufenthalt**

Sie können diese Seite abtrennen, wenn Sie die Informationen für sich aufbewahren wollen.

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Dieses Dokument bitte ausgefüllt retournieren.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

1. Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

2. Wurden Sie bereits operiert? Welche Operationen und wann?  ja  nein  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

3. Gab es Besonderheiten bei der Operation oder Anästhesie?  ja  nein

4. Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der Anästhesie?  ja  nein

5. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen?  ja  nein  
Ergaben sich dabei Komplikationen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Allergien gegen Medikamente, Heftpflaster, Nahrungsmittel?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Heuschnupfen?  ja  nein

8. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

9. Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, herausnehmbare Prothesen)?  ja  nein

Haben Sie lockere Zähne?  ja  nein

10. Rauchen Sie regelmässig?  ja  nein

Wenn ja: Anzahl Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

11. Trinken Sie regelmässig Alkohol?  ja  nein

12. Nehmen Sie Drogen? Schlafmittel? Schmerzmittel?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_

13. Tragen Sie ein Hörgerät?  ja  nein

**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)**

14. Herzerkrankungen (zB. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen)?  ja  nein

... bitte 2. Seite auch ausfüllen →

### ... Fortsetzung

15. Kreislauf- und Gefässerkrankungen (zB. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern)?  ja  nein
16. Lungenkrankheiten, Asthma, Bronchitis, Husten, Schlafapnoesyndrom?  ja  nein
17. Nierenkrankheiten, chronische Nieren- und Blasenentzündungen?  ja  nein
18. Lebererkrankungen (zB. Gelbsucht, Leberverhärtung)?  ja  nein
19. Magen-Darm-Erkrankungen, Magengeschwür, saures Aufstossen, gehäuftes Erbrechen?  ja  nein
20. Stoffwechselerkrankungen (zB. Zuckerkrankheit, Fructose-Intoleranz)?  ja  nein
21. Schilddrüsenerkrankungen (zB. Über- oder Unterfunktion, Kropf)?  ja  nein
22. Psychische oder Nervenleiden, Depression, Epilepsie, Lähmungen?  ja  nein
23. Haben Sie häufig Kopfweg, Migräne oder Rückenleiden?  ja  nein
24. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (zB. Neigung zu Blutergüssen, vermehrte Blutung nach Zahnarzt oder früheren Operationen)?  ja  nein
25. Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche?  
Gibt es Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihren Blutsverwandten?  ja  nein
26. Andere nicht erwähnte Krankheiten?  
Welche?  ja  nein
- 

### Fragen zum Gesundheitszustand

27. Können Sie leichten Sport betreiben (Fahrradfahren, Wandern)?  ja  nein
28. Können Sie 1-2 Etagen Treppen steigen?  ja  nein
29. Können Sie leichte Hausarbeiten durchführen?  ja  nein
30. Haben Sie im Alltag Atemnot?  
Wenn ja, bei welcher Tätigkeit?  ja  nein
- 
31. Haben Sie im Alltag Herzbeschwerden?  ja  nein

### Einwilligungserklärung

Ich habe mit dem/der Anästhesiarzt/-ärztin das Anästhesieverfahren inklusive dessen Risiken besprochen und willige in die anästhesiologische Behandlung ein.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Aufklärung der Patientin/des Patienten am \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Anästhesiarztes/-ärztin \_\_\_\_\_