

# Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Datum: .....

Füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal rund um die Operation betreuen können.

Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, mit:

- Allergiepass
- Anästhesiepass
- Herzschrittmacherpass
- Stentpass / Implantatpass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

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

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

**01 | frühere Operationen?**

ja     nein

wenn ja, welche und wann:

.....  
.....

**02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?**

ja     nein

wenn ja, welche:

- Übelkeit/Erbrechen     Atembeschwerden  
 Kreislaufbeschwerden     Kältezittern  
 Verwirrtheit

andere:

.....

**03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?**

ja     nein

**04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?**

ja     nein

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

**05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?**

ja     nein

wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

.....

**06 | Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?**

ja     nein

wenn ja, welche:

- Latex (Gummi)     Antibiotika (z.B. Penicillin)  
 Jod     Nickel     Nahrungsmittel

andere:

.....

**07 | Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:**

ja     nein

wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....



**08 | Blutverdünnende Medikamente**

ja  nein

wenn ja, welche:

-----  
-----

**09 | frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept), Drogensatzpräparate**

ja  nein

wenn ja, welche:

-----

**10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?**

ja  nein

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

wenn ja, seit wie vielen Jahren: .....

wenn früher ja, Nichtraucher seit

wie vielen Jahren: .....

**11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

ja  nein

wenn ja, was und wie viel pro Tag:

-----

**12 | Nehmen Sie Drogen?**

ja  nein

wenn ja, welche:

-----

**13 | Hören Sie schlecht?**  ja  nein

**14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?**

wenn ja, welche (ankreuzen):

**15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?**

ja  nein



**16 | Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?**

ja  nein

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

ja  nein

**18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne erkennbaren Grund?**

- Nasenbluten
- blaue Flecken ohne Anschläge
- Blutungen in Gelenke, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutung nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen

**19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?**

ja  nein

Nur von Patientinnen zu beantworten:

**20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke Regelblutung:**

- länger als 7 Tage Dauer
- mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

**21 | Könnten Sie schwanger sein?**

ja  nein

**22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet oder akut erkrankt?**

ja  nein

**23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten:**

- HIV  Hepatitis  Tuberkulose
- andere:

-----

**24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in sich?**

ja  nein Wenn ja, welche:

- Stent  Herzschrittmacher
- Kardioverter - Defibrillator  Piercing
- andere:

-----

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

- |  |                          |                            |   |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| <b>25   Bluthochdruck</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>41   Lebererkrankung</b>                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>26   Zuckerkrankheit</b>                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>42   Magen-Darm-Erkrankung</b>                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, spritzen Sie Insulin:                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>43   Schilddrüsenerkrankung</b>                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>27   Herzinfarkt</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>44   Erkrankungen der Arterien/Venen</b>           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>28   Haben sie schon eine Herzkatheteruntersuchung gehabt</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>45   Erkrankungen des Nervensystems</b>            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>29   Haben sie einen Stent in den Herzkranzgefäßen</b>        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>46   Vergesslichkeit/Demenz</b>                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>30   Brustschmerzen in Ruhe</b>                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>47   Schlaganfall bzw. TIA</b>                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>31   Brustschmerzen nur bei Anstrengung</b>                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen:              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>32   Herzschwäche</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>48   Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>33   Wasser in Lungen oder Beinen</b>                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>49   Muskelerkrankung</b>                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>34   Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)</b>          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>50   Erkrankung des Bewegungsapparates</b>         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>35   Herzklappenfehler</b>                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>51   Grüner Star</b>                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>36   Lungenerkrankung</b>                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>52   Blutarmut/Anämie</b>                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>37   Asthma bronchiale</b>                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>53   andere, oben nicht angeführte Erkrankung:</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>38   Bronchitis bzw. COPD</b>                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche:                                      | -----                    |                            |
| wenn ja, benötigen Sie ein Sauerstoffgerät:                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | -----   |                          |                            |
| <b>39   Schlafapnoe</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>54   Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?</b>         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, haben Sie nachts eine CPAP-Maske:                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>55   Haben Sie eine Patientenverfügung?</b>        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>40   Nierenerkrankung</b>                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |   |                          |                            |

Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit dem/der AnästhesistIn lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch oder sehen Sie sich den Anästhesieaufklärungsfilm an:

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJu0uN68w/playlists>



Wenn Sie auf die Risikoaufklärung verzichten möchten, teilen Sie das bitte Ihrem/Ihrer Anästhesie-Arzt/Ärztin mit. Film oder Aufklärungsbogen sind kein Ersatz für Ihr individuelles Gespräch mit der Anästhesistin/dem Anästhesisten.

# ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG und PATIENTENEINWILLIGUNG zum ANÄSTHESIEVERFAHREN

## Operation:

-----

----- am: -----

**Anästhesistin / Anästhesist** (Blockschrift)

-----

## Patientin / Patient

(Blockschrift, Klebeetikette)

-----

-----

-----

Einwilligungsfähigkeit gegeben:  JA

NEIN, weil: -----

Die zur Einwilligung befugte Vertretung aufgeklärt:

Name (Blockschrift): ----- als -----

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch durch:  Aufklärungsfilm  Aufklärungsbogen

## Vorgesehenes Anästhesieverfahren

- Allgemeinanästhesie** („Vollnarkose“)
  - Intubation
  - Larynxmaske/Maske
- Sedoanalgesie** („Dämmerschlaf“)
- Überwachung**
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie**
  - Spinalanästhesie
  - Epidural- /Periduralanästhesie (Lendenbereich)
  - Epidural- /Periduralanästhesie (Brustbereich)
  - kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie
  - Kaudalblock
  - mit  ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie**
  - Hals/Schulter/Armbereich
  - Brust/Becken/Beinbereich
  - mit  ohne Katheteranlage

## Alternatives Anästhesieverfahren

- Allgemeinanästhesie** („Vollnarkose“)
  - Intubation
  - Larynxmaske/Maske
- Sedoanalgesie** („Dämmerschlaf“)
- Überwachung**
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie**
  - Spinalanästhesie
  - Epidural- /Periduralanästhesie (Lendenbereich)
  - Epidural- /Periduralanästhesie (Brustbereich)
  - kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie
  - Kaudalblock
  - mit  ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie**
  - Hals/Schulter/Armbereich
  - Brust/Becken/Beinbereich
  - mit  ohne Katheteranlage

## Vorgesehene Maßnahmen

- Harnblasenkatheter
- Magensonde
- invasive arterielle Blutdruckmessung
- Zentraler Venenkatheter („Cavakatheter“)
- Transösophageale Echokardiographie
- Eigen-/Fremdblut, Blutprodukte
- Wachintubation

## Weitere Maßnahmen bzw. Vermerke

-----

-----

-----

-----

## Informationen über Verhaltensregeln vor und nach der Anästhesie

- Merkblatt „Verhaltensregeln“ erhalten    Verhaltensregeln akzeptiert    Verhaltensregeln nicht akzeptiert

Vermerk: .....

## Mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken

- Allfälliger Aufklärungsverzicht** (nicht möglich bei ästhetischen Operationen und Lebendspende)

Vermerk: .....

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

- Risiken durch die Vorerkrankung(en)** (laut Fragebogen)
- Allgemeinanästhesie:** Allergische Reaktionen (inkl. Schock), Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, erschwerte Intubation, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung, Lungenschaden, Krampf der Kehlkopf- oder Bronchialmuskulatur, Beatmungsprobleme, Herz- Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen oder Hirnschädigung, drastischer Temperaturanstieg (maligne Hyperthermie), Zahn(ersatz)schaden/Zahnverlust, Verletzungen an Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Schmerzempfinden oder Wachzustand während der Operation, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.
- Sedoanalgesie:** Allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, Vertiefung des Dämmer Schlafes bis zur Allgemeinanästhesie, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung, Lungenschaden, Herz- Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung, Schmerzempfinden, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie:** Störungen der Blasenentleerung, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags, Kopfschmerzen (inkl. Erfordernis des Einspritzens von Eigenblut in den Epiduralraum), Sturzgefahr, Krampfanfall, Bewusstseinsverlust, Atemversagen (inkl. Erfordernis der künstlichen Beatmung), Blutungen (inkl. Hirnblutung), Rückenschmerzen, vorübergehende und bleibende Lähmungen/Taubheitsgefühl, Infektionen (inkl. Hirnhautentzündung), Verletzungen. Nerven/Rückenmark, bei unzureichender Wirkung oder Schmerzen Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren, allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen.
- Überwachung:** Schmerzempfinden, Stressreaktionen, bei ungenügender Symptomkontrolle Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren.
- Periphere Regionalanästhesie:** Schmerzempfinden, Blutungen, Infektionen, vorübergehende und bleibende Nervenschäden und Lähmungen/Taubheitsgefühl, Lungen-, Rippenfellverletzungen, Lungenschaden, Verletzungen von Schlagadern oder Gewebe, bei unzureichender Wirkung Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren, Krampfanfälle, allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen.
- Katheteranlage in der Regionalanästhesie bzw. zur Schmerztherapie nach der Operation:** Risiken einer Regionalanästhesie, Verlagerung des Katheters mit ungenügender Wirkung, Schmerzen oder Verabreichung der Medikamente ins umliegende Gewebe (inkl. Blutgefäße, Nerven), Sturzgefahr.
- Harnblasenkatheter:** Schmerzempfinden, Blutung, Infektion oder Verletzungen von Harnröhre, Blase oder benachbarter Strukturen.
- Magensonde, Transösophageale Echokardiographie:** Schmerzempfinden, Zahn(ersatz)schaden, Zahnverlust, Blutung, Infektion oder Verletzung des Mund-Rachenraumes, der Speiseröhre, des Magens oder benachbarter Strukturen.
- Gefäßzugänge (in Venen oder Arterien):** Schmerzempfinden, Missempfindungen an Einstichstellen, Blutungen, Infektionen oder Gewebeverletzungen inkl. Verletzung des Rippenfells (Luft in der Brusthöhle, Atemstörungen), der Gefäße (Durchblutungsstörungen, Pseudoaneurysma) oder der Nerven, Abszess, Absterben von Gewebe, Blutvergiftung (Sepsis), bleibende Schäden (inkl. Narben, Schmerzen, Lähmungen).

- Bluttransfusion und Blutprodukte:** Infektionen (inkl. Leberentzündung, HIV), Transfusionsreaktionen (inkl. Allergie, Lungenversagen), Tod, Blutgerinnsel (Thrombose, Embolie inkl. Schlaganfall).
- Wachintubation:** Schmerzempfinden und Risiken einer Allgemeinanästhesie.
- Medikamentöse Schmerztherapie nach der Operation:** Bei starken Schmerzmitteln (z.B. Opiode) Atemstörungen, Sturzgefahr, Tod, Übelkeit/Erbrechen; bei Entzündungshemmern Magen-Darm-Blutungen, Nierenschaden.
- Sie wurden darüber informiert, dass Sie einen / mehrere lockere Zähne haben oder dass ihr Zahnstatus desolat ist und dass es bei der Intubation zu einem Zahnschaden kommen kann. Sie wurden von uns darauf hingewiesen, dass Sie ihre gelockerten Zähne vor Durchführung der Operation von einem Zahnarzt sanieren lassen sollten.

Vermerk: .....

Hiermit bestätige ich, dass ich über das geplante und alternative Anästhesieverfahren, den gewöhnlichen Verlauf und die Risiken in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend aufgeklärt wurde, dass dieser Aufklärungsbogen das Aufklärungsgespräch stichwortartig korrekt wiedergibt und ich den Inhalt der Aufklärung verstanden habe.

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 vorgeschlagenen anästhesiologischen Maßnahmen aus freiem Willen nach ausreichender Bedenkzeit und

- a. erkläre mich ausdrücklich mit diesen Maßnahmen und den allenfalls medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens einverstanden.
- b. erweitere diese Einwilligung auch auf folgende weitere mir von der Operateurin / vom Operateur erklärte Eingriffe in derselben Anästhesie:  
.....
- c. habe verstanden, dass die geplante operative Behandlung aus mehreren gleichartigen Eingriffen besteht und jeweils mit demselben vorgesehenen Anästhesieverfahren durchgeführt wird.
- d. lehne folgende Maßnahmen ab:  
.....

Ort: ..... Datum: ..... Uhrzeit: .....

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

Gesetzliche Vertretung (Unterschrift):  
.....

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

Dolmetscherin / Dolmetscher (Unterschrift):  
.....

Sprache:  
.....

Die Dolmetscherin / der Dolmetscher bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, die Inhalte des Aufklärungsgesprächs vollständig, korrekt und inhaltsgetreu in die oben angegebene Sprache übersetzt zu haben.

