

Dr. med. A. Rahmany  
Facharzt für Anästhesiologie  
Olgastraße 57A  
D-70182 Stuttgart  
Tel.: 0711 24 24 45 Fax: 0711 236 02 51  
WhatsApp: 0179 11 99 752  
Email: rahmany@praxisklinik-stgt.de  
Website: www.praxisklinik-stgt.de

## Aufklärungs- und Fragebogen Anästhesie

Erwachsene und Kinder

**Wichtiges Dokument, bitte vollständig durchlesen.**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Der geplante Eingriff soll in unserer Praxisklinik durchgeführt werden.

Abgesehen von Ausnahmefällen wird das Narkose-Vorgespräch telefonisch durchgeführt.

Bitte **senden** Sie uns dafür den Fragebogen **ausgefüllt** spätestens 2 Wochen vor der Operation per E-Mail, Fax, WhatsApp oder Post **zu**.

Das Original des Narkosefragebogens und die Krankenversicherungskarte sind zum Operationstermin mitzubringen!

**Wir** rufen Sie in der Regel in der Woche vor der Operation an.

### Allgemeines

Der Anästhesist ist für die Narkose und die Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen wie Atmung und Kreislauf während des Eingriffs zuständig.

Er erhebt die Krankenvorgeschichte und wählt das Anästhesieverfahren aus, das sich am besten eignet und Sie am wenigsten belastet. Er bespricht mit Ihnen die Vor- und Nachteile des gewählten Verfahrens, sowie die möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen.

### Die Allgemeinanästhesie oder „Vollnarkose“

Dieses Verfahren eignet sich für Eingriffe an allen Körperregionen. Das Bewusstsein und Schmerzempfinden sind temporär ausgeschaltet. Sie befinden sich während der Narkose in einem ruhigen, schlafähnlichen Zustand.

Vor der Narkoseeinleitung wird bei Ihnen die Sauerstoffsättigung im Blut bzw. der Blutdruck gemessen. Weiterhin wird das EKG abgeleitet.

Zusätzlich kann die Narkosetiefe über die Ableitung der Gehirnströme (EEG) über auf die Stirnhaut geklebte Elektroden ermittelt werden. Bei Interesse sprechen Sie uns einfach an.

Eingeleitet wird die Narkose in der Regel mit dem Einspritzen eines Schlafmittels, das für kürzere Eingriffe ausreicht. Bei längerdauernden Eingriffen wird zusätzlich ein gasförmiges Narkosemittel verabreicht, und zwar über

- eine **Maske**, die auf dem Mund und der Nase aufliegt,
- eine **Larynxmaske** (Kehlkopfmaske), die auf dem Kehlkopf liegt, oder
- einen **Tubus** (Schlauch), der in die Luftröhre über den Mund (oral) oder bei zahnärztlichen Eingriffen durch eine Nasenöffnung (nasal) eingeführt wird (Intubation).

Bei Kindern kann die Narkoseeinleitung direkt über die Maske stattfinden.

Durch die zusätzliche Gabe von Schmerzmitteln und muskelerschlaffenden Medikamenten werden die Operationsbedingungen verbessert.

Nach der Beendigung des Eingriffes wird der Tubus bzw. die Kehlkopfmaske entfernt. Sie erlangen langsam das Bewusstsein und werden bis zur Entlassung im Aufwachraum überwacht.

Gegebenenfalls werden dort auch Schmerzen oder Übelkeit behandelt.

## Risiken und Komplikationen

- **Zahnschäden** durch Intubation sind selten.
- **Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Hustenreiz**, oder Atemstörungen können vorübergehend auftreten.
- **Übelkeit, Erbrechen** und Aspiration sind durch das Einhalten der Nüchternheitszeiten und durch die neuen Verfahren unwahrscheinlich.
- **Infektionen**, Verletzung von Nerven und Blutgefäßen sowie Absterben von Gewebe kann durch Einspritzung von Medikamenten verursacht werden.
- **Gefühlsstörungen** in den Extremitäten durch Druck oder Zerrung sind nicht auszuschließen.
- Äußerst selten steigt die **Körpertemperatur** infolge einer massiven Stoffwechsellage extrem und lebensbedrohlich an (maligne Hyperthermie).
- Vor allem die Raucher können einen **asthmaähnlichen** Anfall erleiden.
- **Lebensbedrohliche Komplikationen** wie Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand sind bei allen Betäubungsverfahren nicht auszuschließen, sind aber extrem selten.
- Schwere **allergische Reaktionen** bzw. **Unverträglichkeits-Reaktionen** sind möglich, aber selten.
- In der Aufwachphase können **Unruhe** (vor allem bei Kindern), Muskelzittern, Kopfschmerzen oder Schwindel auftreten.

## Verhaltensregeln vor der Narkose

- Das Narkosegespräch soll spätestens einen Tag vor dem geplanten Eingriff stattfinden.
- Bei neu aufgetretenen Erkrankungen bitte frühzeitig den Narkosearzt benachrichtigen.
- **Mindestens 6 Stunden** vor dem geplanten Eingriff **nichts mehr essen und nicht mehr rauchen**. Das Gleiche gilt für Kaugummis, Bonbons, Milch und Kakao.
- **Bis zu 2 Stunden** vor dem geplanten Eingriff ist das **Trinken** von Wasser oder Tee erlaubt.
- Vor dem Eingriff dürfen Medikamente mit einem Schluck Wasser genommen werden.
- Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Ohrhörer und Ringe bitte entfernen.

## Narkose bei Kindern

Eine Kindernarkose unterscheidet sich prinzipiell nicht von einer Narkose bei Erwachsenen. Es sind aber einige Besonderheiten zu beachten.

- Kinder haben ein sehr **sensibles Bronchialsystem**, weshalb es bei einer akuten Bronchitis zu einem **erhöhten Narkoserisiko** kommen kann. Bitte **benachrichtigen** Sie bei Erkältung Ihres Kindes (Schnupfen, Husten, Fieber, Appetitlosigkeit oder Abgeschlagenheit) frühzeitig den Anästhesisten.

Folgende **Nüchternheitsregeln** gelten für alle Kinder bis zum 18. Lebensjahr:

- **Feste Nahrung** darf weiterhin bis zu **6 Stunden**,
- **Folgemilch, Kuhmilch bzw. Joghurt** bis zu **4 Stunden**,
- **Muttermilch** bis zu **3 Stunden** und
- **klare Flüssigkeiten** wie Wasser oder Tee bis zu **1 Stunde** vor dem Eingriff eingenommen werden.

- Um den Stress des Kindes vor der Operation zu reduzieren, wird ihm eine halbe Stunde vor dem Eingriff ein Saft, der ein **Beruhigungsmittel (Midazolam)** enthält, verabreicht.
- Ein Elternteil darf sich **bis zum Einschlafen** des Kindes und dann wieder im Aufwachraum beim Kind aufhalten.
- Bitte **frische Windeln** mitbringen.
- Eine **zusätzliche Begleitperson** sollte bei der Autofahrt nach Hause dabei sein.
- Das Kind darf **nur von einem Erwachsenen** begleitet werden.

## Verhaltensregeln nach der Narkose

- Sie müssen sich **abholen lassen** oder mit Taxi nach Hause fahren.
- Gestalten Sie den Rest des Tages ruhig, operierte Kinder nur unter Aufsicht spielen lassen.
- Vermeiden Sie üppige Mahlzeiten. Führen Sie einen vorsichtigen Kostenaufbau durch: klare Flüssigkeiten, klare Suppen, Weißbrot, normale Kost.
- In den ersten 24 Stunden nach der Narkose sind **aktives Autofahren und Bedienen von Maschinen** nicht erlaubt. In diesem Zeitraum abgeschlossene **Verträge** sind unwirksam.
- Die häusliche **Betreuung** nach dem Eingriff muss gewährleistet sein.
- In folgenden Situationen sollten Sie mit uns Kontakt aufnehmen:
  - **Fieber** über 38,5°C,
  - ununterbrochene **Übelkeit** und häufiges **Erbrechen**,
  - dauerhafte, sich nicht bessernde **Schmerzen** trotz Schmerzmitteleinnahme.
- Im **operationsbezogenen Notfall** kontaktieren Sie bitte Ihren Operateur.
- Im **narkosebezogenen Notfall** ist der Anästhesist rund um die Uhr unter der Rufnummer

**0179 - 11 99 752**

zu erreichen.

Diese Informationen sind ebenso auf unserer Website

**[www.praxisklinik-stgt.de](http://www.praxisklinik-stgt.de)**

abrufbar.

E-Mail-Kontakt:

**[rahmany@praxisklinik-stgt.de](mailto:rahmany@praxisklinik-stgt.de)**

# Fragebogen (Anamnese)

Bei telefonischer Aufklärung bitte den **vollständig** ausgefüllten Fragebogen per

- Fax,
- E-Mail,
- WhatsApp oder
- Post (kein Übergabe-Einschreiben)

an uns senden!

Geschlecht:  w  m  divers

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Mobilfunk: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Krankenkasse:  gesetzlich bei: \_\_\_\_\_

privat bei: \_\_\_\_\_

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

ambulant  stationär

Operateur: \_\_\_\_\_

Operationsdatum: \_\_\_\_\_

## Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen:

1. **Ärztliche Behandlung** in letzter Zeit?  Ja  Nein

Weswegen? \_\_\_\_\_

Besteht zurzeit eine **Erkältung**?  Ja  Nein

Liegt eine andere Infektion vor?  Ja  Nein

2. **Medikamenteneinnahme**  Ja  Nein  
in den letzten Wochen? Welche und wieviel?

\_\_\_\_\_

3. **Frühere Operationen**?  Ja  Nein  
Bitte Eingriff und Jahr angeben

\_\_\_\_\_

4. **Komplikationen bzw. Beschwerden**  Ja  Nein  
nach einer früheren Narkose, Regional-  
anästhesie oder örtlichen Betäubung?

Welche? \_\_\_\_\_

5. Traten bei **Blutsverwandten** Besonderheiten  Ja  Nein  
im Zusammenhang mit der Anästhesie auf?

6. Wurden schon einmal **Blut oder Blutbestandteile** übertragen (Transfusion)?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

7. Bestehen oder bestanden folgende **Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen**?

**Herz/Kreislauf:** Rhythmusstörungen,  Ja  Nein  
Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt,  
Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger  
Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen

oder \_\_\_\_\_

**Gefäße:** Krampfadern, Thrombosen,  Ja  Nein  
Durchblutungsstörungen

oder \_\_\_\_\_

**Atemwege/Lunge:** chronische Bronchitis,  Ja  Nein  
Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung,  
Schnarchen

oder \_\_\_\_\_

**Leber:** Gelbsucht, Leberverhärtung,  Ja  Nein  
Leberzirrhose, Fettleber, Gallensteine

oder \_\_\_\_\_

**Nieren:** erhöhte Nierenwerte,  Ja  Nein  
Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine

oder \_\_\_\_\_

**Speiseröhre, Magen, Darm:** Geschwür,  Ja  Nein  
Engstelle, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen

oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Zuckerkrankheit, Gicht  Ja  Nein

oder \_\_\_\_\_

**Schilddrüse:** Unter- oder Überfunktion, Kropf  Ja  Nein

oder \_\_\_\_\_

**Skelettsystem:** Gelenkserkrankungen,  Ja  Nein  
Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom

oder \_\_\_\_\_

**Nerven/Gemüt:** Krampfanfälle (Epilepsie),  Ja  Nein  
Lähmungen, Depression, Psychosen

oder \_\_\_\_\_

**Augen:** Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen  Ja  Nein

oder \_\_\_\_\_

**Blut:** Gerinnungsstörung, häufiges  Ja  Nein  
Nasenbluten, blaue Flecken auch ohne  
Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder \_\_\_\_\_

**Muskeln:** Muskelschwäche, Muskelschwund,  Ja  Nein  
angeborene Muskelerkrankungen

oder \_\_\_\_\_

Sind Ihnen **Muskelerkrankungen** bei Blutsverwandten bekannt  OJ  ON

**Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Fructose, Medikamente, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)  OJ  ON

oder \_\_\_\_\_

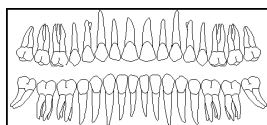
**8. Andere Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_

**9. Lockere Zähne, Karies?**  OJ  ON

**Zahnersatz:** Prothese, Stiftzahn, Krone  OJ  ON

**Zahnstatus** (wird vom Arzt ausgefüllt)



l: locker  
x: fehlend  
#: beschädigt

**10. Schwerhörigkeit? Hörgerät?**  OJ  ON

**11. Raucher/in?**  OJ  ON  
Wenn ja, was und wieviel täglich?

\_\_\_\_\_

**12. Häufiges Alkoholkonsum?**  OJ  ON  
Wenn ja, wie häufig, was und wie viel?

\_\_\_\_\_

**13. Derzeitige oder frühere Einnahme von Drogen?**  OJ  ON  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Zusatzfragen für Kinder**

- 1. Ist Ihr Kind ein **Frühgeborenes**?  OJ  ON
- 2. Ist die **körperliche Leistungsfähigkeit** des Kindes eingeschränkt?  OJ  ON
- 3. Wird das Kind bei großen Anstrengungen **blau** oder entwickelt **Atemnot**?  OJ  ON
- 4. Leidet Ihr Kind häufig an **Bronchitis**?  OJ  ON
- 5. Hatte Ihr Kind einmal **Pseudokrapp**?  OJ  ON
- 6. Sind bei Ihrem Kind **Atempausen** bekannt?  OJ  ON
- 7. Ist ein **Herzfehler** bekannt?  OJ  ON
- 8. Hatte Ihr Kind bei Fieber **Zuckungen** oder **Krämpfe**?  OJ  ON

**Zusatzfragen bezüglich häuslicher Betreuung**

- 1. Wer holt Sie ab? Bitte Name und Telefonnummer angeben:  
\_\_\_\_\_
- 2. Durch wen ist die nächtliche Betreuung gewährleistet?  
\_\_\_\_\_
- 3. Hausarzt/überweisender Arzt  
Name \_\_\_\_\_  
Ort / Telefon \_\_\_\_\_

**Erklärung**

Im **Aufklärungsgespräch** mit Dr. \_\_\_\_\_ wurden u. a. erörtert: das **Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile** gegenüber anderer Methoden, mögliche **Komplikationen, Risiken** spezieller Verfahren und **risik erhöhende** Besonderheiten. Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden **Fragen** stellen.

Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten. Die Fragen zur **Anamnese** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Vermerk des Anästhesisten zum Aufklärungsgespräch:

**Einwilligung**

Nach gründlicher Überlegung **willige ich die Anästhesie** für den Eingriff \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ **ein**, und zwar in:

**O Allgemeinanästhesie** mittels  **O Regional- bzw. Lokalanästhesie**  **O Analgosedierung**

- Gesichtsmaske
- Kehlkopfmaske
- Tubus

(die Methode wird erst beim Anästhesiegespräch festgelegt)

\_\_\_\_\_  
Datum Anästhesist **X** Patientin/Patient, Betreuer, Sorgeberechtigter\*

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt