



Dr. med. T. Storck

Mobitel.: 0171/4 42 32 44

Arzt für Anästhesie

Tel.: 02 01/26 95 41 • Fax: 02 01/4306092

Dr. med. B. Tokić

Mobitel.: 0171/3 26 11 77

Arzt für Anästhesie

Tel.: 02 01/26 93 93 • Fax: 02 01/607605

(Praxisstempel des Operateurs)

OP-Termin (bitte eintragen)

Datum:

Uhrzeit:

- im AnästhesieCentrum
 in der Praxis/Klinik des Operateurs

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 (eine leichte Mahlzeit, z.B. Weißbrot mit Marmelade)
- bis zu 2 Stunden vor Narkoseeinleitung noch kleine Mengen Wasser trinken
- nicht rauchen
- 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 Kranken-Versicherten-Karte mitbringen

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 Untersuchung 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 Narkose zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen). Die Narkose (Allgemeinanästhesie) schaltet das Bewusstsein und die Schmerzempfindung 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 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 schadhaften 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

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

- 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!

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 AnästhesieCentrum schicken.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit!

Befinden nach der Operation

Name:

Operationsdatum:

Operateur: Anästhesist: Dr. Storck Dr. Tokić

Operation:

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

	nein	ja	leicht	schwer	Betruhe 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 am Tag nach der Operation Ihre gewohnten Tätigkeiten verrichten? ja nein

Wenn nicht, warum nicht?

Würden Sie sich noch einmal ambulant operieren lassen? ja nein

Würden Sie sich vom gleichen Team operieren lassen? ja nein

Wie empfanden Sie die Betreuung:

sehr gut gut befriedigend schlecht

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

AnästhesieCentrum
-Qualitätssicherung-
Steeler Straße 402

45138 Essen

Anästhesie - Patienten-Fragebogen

Code: Name:

Name: Telefon:

Straße: Ort:

Geb. Datum: Alter: Jahre Gewicht: kg Krankenkasse:

Vorgesehene Operation: Begleitperson:

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

Nr. _____ Datum _____

Ort Praxis d. Operateurs
 AnästhesieCentrum

Jahre _____ kg _____ cm _____

Name _____

geb. _____

O ₂ exp. Vol. % mmHg																	
CO ₂ exp. Vol. % mmHg																	
N ₂ O exp. Vol. % mmHg																	
Halo/Iso./Sevo ex Vol. %																	

Atropin	mg																
Propofol	mg																
Succinyl	mg																
PC/NC/TC/MC	mg																
Ultiva	µg																
Midazolam	mg																
Solu Decortin H	mg																
O ₂	l/min																
N ₂ O	l/min																
Halo/Iso/Sevo	Vol. %																
O ₂ -SAT	%																
Temp.	C																
Glucose 5 %	ml																
Ringer	ml																
NaCl 0,9 %	ml																

Tubus: Mag./ WoodCH.
 Larynx-tubus Nr.
 i.v. Einleitung Maskeneinleitung
 oro-naso-tracheal-R-L Cuff geblockt
 Glottis sichtbar Wendel
 Trauma Güdel
 Besonderes:

Narkosegerät: Bahner II Tritus Sulla
 Ulmer System geschl. halbgeschl.
 Verdunster:
 Perfusor:

ITN Maskennarkose
 Stand by Analgo-Sedierung

Monitoring: EKG Mehrgas Pulsoxy.
 Ösophagusstethoskop

i.v. Zugang: Venflon 0,8 0,7 0,6
 re. li. EB HR UA in LA

Zustand während Anästhesie: gut
 Kompl.:

Zustand nach Anästhesie: gut
 Kompl.:

Zustand bei Entlassung: AZ. gut
 Kreislauf stabil

Narkosedauer:
 Dauer d. postop. Überwachung:

Stempel der Anästhesiepraxis

- O₂ exp. Vol. % mmHg
- CO₂ exp. Vol. % mmHg
- N₂O exp. Vol. % mmHg
- Halo/Iso./Sevo ex Vol. %
- Atropin mg
- Propofol mg
- Succinyl mg
- PC/NC/TC/MC mg
- Ultiva µg
- Midazolam mg
- Solu Decortin H mg
- O₂ l/min
- N₂O l/min
- Halo/Iso/Sevo Vol. %
- O₂-SAT %
- Temp. C
- Glucose 5 % ml
- Ringer ml
- NaCl 0,9 % ml
- 200
- 180
- 160
- 140
- 120
- 100
- 80
- 60
- 40
- 20

Klinische Diag. _____

ASA 1 2 3 4 5 letz. Nahrung vor Std. _____

Thorax: _____

Cor: _____

Pulmo: _____

EKG: _____

Cavum Oris: 2 4 6 Reclin.: eing.
 OK
 oben
 unten

Zähne: gut / schadh. / Rest. / Proth. _____

Bemerkungen: _____

Regionalanästhesie: _____

Subconjunktival-Blockade: _____

Naropin 7,5 %:ml re. Auge li. Auge

Prämedikation: _____

Operateur: _____

Anästhesist: Dr.Storck Dr.Tokic

Subconjunkt.-Blockade ⊗

Legende:
 Anästh. Beginn/Ende x
 Intub./Extub. ↓ ↑
 Op-Beginn/Ende ▼ ▲
 RR _____
 Puls _____
 Blutsperr _____