



## EINVERSTÄNDNIS ZUR ANÄSTHESIE

### ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Telefonat mit Narkosearzt am:	<input type="checkbox"/> Telefonisch nicht erreichbar
Persönliches Gespräch (Anästhesiesprechstunde) am:	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht
<b>Bei Kindern:</b> Gespräch mit folgendem Elternteil	
<b>Bei Menschen mit Behinderung:</b> Gespräch mit folgender sorgeberechtigten Person	

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Sorgeberechtigten

Jedes Anästhesieverfahren hat seine spezifischen Risiken über die wir Sie gerne im persönlichen Gespräch informieren. Bitte lassen Sie sich durch die Aufzählung der Risiken nicht beunruhigen – schwere Komplikationen sind bei Anästhesien sehr selten.

Sie können darauf vertrauen, dass Ihre Anästhesieärztin / Ihr Anästhesiearzt umfassende, jahrelange Erfahrung in ihrer / seiner Tätigkeit hat.

Bitte halten Sie diesen Einverständnisbogen und die Broschüre „Informationen zu Ihrer ambulanten Anästhesie“ für Ihr Aufklärungsgespräch parat und kreuzen Sie die für Sie vorgesehenen Anästhesieverfahren an.

**Allgemeine Anästhesierisiken**

Allergische Reaktionen, Übelkeit, Erbrechen, Lagerungsschäden, Thrombosen, Harnverhalt, Juckreiz, Schwindel, Kältezittern, Atem- und Kreislaufstillstand

**Venenpunktion**

Blutergüsse, Notwendigkeit zur Mehrfachpunktion bei schwierigen Venenverhältnissen, Infektion, Venenentzündung, versehentliche Gabe von Flüssigkeit und Medikamenten ins umliegende Gewebe

**Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)**

Aspiration, Schluckbeschwerden, Stimmbandverletzungen, Heiserkeit, Atembeschwerden, Zahnschäden, Erwachen während der Narkose, Probleme mit Beatmung mit Notwendigkeit von Eskalationsmassnahmen

Beatmung via Larynxmaske

Intubation oral

Intubation nasal: Nasenbluten, Verletzungen im Nasen-Rachen Raum

Einleitung mittels Narkosegas und Maske: Aspiration, Laryngospasmus (Stimmbandkrampf), Muskelkrämpfe, Maligne Hyperthermie, Notwendigkeit der intraossären Punktion im Falle von Komplikationen

**Sedation (Dämmerschlaf):**

Verminderung des Atemantriebs, Aspiration, Atemstillstand mit der Notwendigkeit zur Beatmung oder Einleitung einer Narkose, Schwindel. Bei einer Sedation kann man ggf. Reize aus der Umgebung wahrnehmen.

**Spinal- und Epiduralanästhesie:**

Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Übelkeit, Harnverhalt, Blutergüsse nahe dem Rückenmark, bleibende Nervenschäden oder Lähmungen, rückenmarksnahe Infekte, Verschlechterung von Hör- oder Sehvermögen, Auslösen von Schüben oder Verschlechterung von Rückenschmerzen, Multipler Sklerose oder anderen neurologischen Erkrankungen

**Periphere Nervenblockaden (i.v.- Block, Axilläre Plexusanästhesie):**

Nervenschäden, Blutungen, Blutergüsse, Infekte, Kreislaufprobleme bis zum Kreislaufstillstand, ungenügende Schmerzausschaltung mit der Notwendigkeit zur Sedation oder Narkose, Verletzungen der Extremität bei ausgeschalteter Schmerzempfindung.

**Tropfanästhesie am Auge:**

Allergische Reaktionen, ungenügende Schmerzausschaltung mit der Notwendigkeit zu Dämmer Schlaf oder Narkose, Kreislaufprobleme

**Spezifische Risiken besonderer Massnahmen**

Harnkatheter: Infekt, Verletzungen von Harnröhre/Prostata oder anderen umliegenden Organen, Harndrang, Brennen beim Harnlassen, spätere Verengung der Harnröhre

intraossärer Zugang: Schmerzen bei der Injektion, Verletzungen von Knochen und Gewebe, Knochenbrüche, Infektionen, Paravasate, Kompartmentsyndrom, Verlust der Extremität

**Ich bestätige, dass ich durch das Aufklärungsgespräch**

- **Darüber informiert wurde, dass eine Anästhesie bei nicht nüchternen Patienten zu lebensbedrohlichen Aspirationen führen kann und Patienten daher NÜCHTERN zur Anästhesie erscheinen müssen – unabhängig vom Anästhesieverfahren**
- **Alle Informationen zum geplanten Anästhesieverfahren erhalten und verstanden habe, sowie die zugehörige Broschüre „Informationen zu Ihrer ambulanten Anästhesie“ erhalten und gelesen habe**
- **Meine Fragen zur Anästhesie stellen konnte und somit keine weiteren Fragen mehr habe**
- **Ich über das Verhalten nach der Anästhesie informiert wurde - speziell darüber, dass die Patientin / der Patient nach der Anästhesie kein Fahrzeug lenken darf und den Heimweg in Begleitung antreten muss**

Ich akzeptiere, dass das Anästhesieverfahren, sofern es zu meinem Wohlergehen und zu meiner Sicherheit / zum Wohlergehen und zur Sicherheit des Patienten nötig ist, von der besprochenen Form abweichen oder ganz abgeändert werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass im Verletzungsfall einer an der Operation oder Behandlung beteiligten Person durch Material oder Instrumente welche durch Blut, Sekret oder ähnlichem Material kontaminiert sind, eine Blutabnahme an mir als Patient / am Patienten erfolgt um der betroffenen Person eine allenfalls nötige Behandlung so rasch wie möglich zukommen zu lassen.

Ich erteile mein Einverständnis zur geplanten Anästhesie

bei mir

bei meiner Tochter / meinem Sohn: \_\_\_\_\_

bei folgender mir anvertrauten Person: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (ab 16a) oder  
sorgeberechtigte Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anästhesiearzt