

# Anästhesie Fragebogen

## SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT!

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:

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

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### 01| frühere Operationen?

ja                       nein

wenn **ja**, welche und wann:

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

ja                       nein

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

### 02| Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

ja                       nein

wenn **ja**, welche:

- Übelkeit/Erbrechen                       Atembeschwerden  
 Kreislaufbeschwerden                       Kältezittern

andere:

### 06| Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?

ja                       nein

wenn **ja**, welche:

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

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

### 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 zwei Wochen erkältet  
oder akut erkrankt?**

ja  nein

**23| Haben oder hatten Sie eine der folgenden  
Infektionskrankheiten, wenn ja welche:**

- HIV     Hepatitis     Tuberkulose

**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?

25	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
26	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , spritzen Sie Insulin:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
27	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , innerhalb der letzten 6 Wochen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
28	Brustschmerzen in Ruhe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
29	Brustschmerzen nur bei Anstrengung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
30	Herzschwäche	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
31	Wasser in Lungen oder Beinen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
32	Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
33	Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
34	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
35	Asthma bronchiale	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
36	Bronchitis bzw. COPD	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , benötigen Sie ein Sauerstoffgerät:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
37	Schlafapnoe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , haben Sie nachts eine CPAP-Maske:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
38	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
39	Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

40	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
41	Infektionskrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
42	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
43	Erkrankungen der Blutgefäße	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
44	Erkrankungen des Nervensystems	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
45	Demenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
46	Schlaganfall bzw. TIA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , innerhalb der letzten 6 Wochen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
47	Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
48	Muskelerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
49	Erkrankung des Bewegungsapparates	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
50	Grüner Star	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
51	andere, oben nicht angeführte Erkrankung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn <b>ja</b> , welche:	
52	Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
53	Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit der Anästhesistin/dem Anästhesisten lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch.**

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

Nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Präoperatives Patientenmanagement“ und „Perioperative Gerinnung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin.



Dieser Abschnitt wird vom Arzt/von der Ärztin beim Patientengespräch ausgefüllt:

# 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
<input type="radio"/> <b>Allgemeinanästhesie</b> („Vollnarkose“)
<input type="radio"/> Intubation <input type="radio"/> Larynxmaske/Maske
<input type="radio"/> <b>Sedoanalgesie</b> („Dämmerschlaf“)
<input type="radio"/> <b>Überwachung</b>
<input type="radio"/> <b>Rückenmarksnahe Regionalanästhesie</b>
<input type="radio"/> Spinalanästhesie <input type="radio"/> Epidural- /Periduralanästhesie (Lendenbereich) <input type="radio"/> Epidural- /Periduralanästhesie (Brustbereich) <input type="radio"/> kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie <input type="radio"/> Kaudalblock <input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Katheteranlage
<input type="radio"/> <b>Periphere Regionalanästhesie</b>
<input type="radio"/> Hals/Schulter/Armbereich <input type="radio"/> Brust/Becken/Beinbereich <input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Katheteranlage
Vorgesehene Maßnahmen
<input type="radio"/> Harnblasenkatheter
<input type="radio"/> Magensonde
<input type="radio"/> invasive arterielle Blutdruckmessung
<input type="radio"/> Zentraler Venenkatheter („Cavakatheter“)
<input type="radio"/> Transösophageale Echokardiographie
<input type="radio"/> Eigen-/Fremdblut, Blutprodukte
<input type="radio"/> Wachintubation

Alternatives Anästhesieverfahren
<input type="radio"/> <b>Allgemeinanästhesie</b> („Vollnarkose“)
<input type="radio"/> Intubation <input type="radio"/> Larynxmaske/Maske
<input type="radio"/> <b>Sedoanalgesie</b> („Dämmerschlaf“)
<input type="radio"/> <b>Überwachung</b>
<input type="radio"/> <b>Rückenmarksnahe Regionalanästhesie</b>
<input type="radio"/> Spinalanästhesie <input type="radio"/> Epidural- /Periduralanästhesie (Lendenbereich) <input type="radio"/> Epidural- /Periduralanästhesie (Brustbereich) <input type="radio"/> kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie <input type="radio"/> Kaudalblock <input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Katheteranlage
<input type="radio"/> <b>Periphere Regionalanästhesie</b>
<input type="radio"/> Hals/Schulter/Armbereich <input type="radio"/> Brust/Becken/Beinbereich <input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Katheteranlage
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 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 Gewebeerletzungen 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. Opioide) 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), den \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_  
**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.



www.oegari.at

