ADUS Klinik

Anästhesie Fragebogen

Wir bitten Sie, den Bogen ausgefüllt in die Adus Klinik mitzubringen.

Name_____
Vorname_____
Geburtsdatum_____
Gewicht_____Grösse_____
Operation_____
Tel. Bezugsperson_____
Hausarzt_____

Befanden Sie sich in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung? □ Ja □ Nein
Wenn ja, warum? _____
_____
_____

Sind Sie bereits operiert? □ Ja □ Nein
Welche Operation und wann? _____
_____
_____

Kam es bei früheren Operationen bei Ihnen oder in Ihrer Familie zu speziellen Zwischenfällen? (z.B. verstärkte Blutung, Allergien etc.) □ Ja □ Nein
Wenn ja, warum? _____
_____
_____

Hatten Sie nach der Operation oder bei Reisen Übelkeit oder Häufig Erbrechen? □ Ja □ Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente (z. B Blutverdünner: Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Arixtra, Plavix?) Bitte bringen Sie diese unbedingt in die Klinik mit. □ Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____
_____
_____

Leiden Sie unter Allergien? □ Ja □ Nein
Wenn ja, welche? (z.B. Latex, Pflaster, Medikamente, Heuschnupfen).____
_____

Leiden Sie unter Atemnot, wenn sie ohne Unterbruch die Treppe von 2 Stockwerken hochsteigen?
□ Ja □ Nein

Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Krankheiten gelitten? Bitte Zutreffendes ankreuzen und unterstreichen:

Herz-Kreislauf- und Gefässerkrankungen (Herzinfarkt, Klappenfehler, Rhythmusstörungen, Schrittmacher, Durchblutungsstörungen, Art. Hypertonie, Thrombose, Krampfadern, Defibrillator). □ Ja □ Nein

Lungenerkrankungen (Asthma, Chronische Bronchitis, OSAS, CPAP, COPD, Sauerstoff Zuhause). □ Ja □ Nein

Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz Nierensteine, Dialyse). □ Ja □ Nein

Lebererkrankungen (Hepatitis, HIV, Speiseröhre Varizen). □ Ja □ Nein

Magen-/Darmerkrankungen (Reflux, saures Aufstossen, Erbrechen). □ Ja □ Nein

Diabetes, Schilddrüse oder andere Hormonkrankheiten. □ Ja □ Nein

Bekannte psychische- oder Nervenleiden (Schlaganfall, Gedächtnisstörungen, Depression, Epilepsie, Migräne, Lähmungen). □ Ja □ Nein

Skeletterkrankungen (Wirbelsäule, Diskushernie, Rheuma, Gelenk Problemen). □ Ja □ Nein

Neigung zu blauen Flecken, vermehrte Blutung nach Operationen, Hämophilie. □ Ja □ Nein

Andere nicht erwähnte Krankheiten (z.B. Muskelerkrankungen, Tumoren, Maligne Hyperthermie etc.). □ Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie lockere Zähne? □ Ja □ Nein
Rauchen Sie? □ Ja □ Nein
Trinken Sie täglich Alkohol? □ Ja □ Nein
Nehmen Sie Schlaf-/Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Drogen?
□ Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie □ Hörgeräte □ Kontaktlinsen □ Piercings

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
□ Ja □ Nein

Bitte dokumentieren Sie hier das gewünschte Vorgehen bezüglich des Anästhesiegesprächs:

□ Ich bin damit einverstanden, dass ich das Aufklärungsgespräch mit dem Anästhesisten, erst am Tag der Operation oder bei Eintritt in die Klinik führen werde und verzichte damit bewusst auf die Möglichkeit, meine Einwilligung zu überschlafen.

□ Ich bevorzuge vor Klinikeintritt ein anästhesiologisches Aufklärungsgespräch und vereinbare dazu telefonisch unter den +41 44 854 64 90 einen Termin in der Anästhesiesprechstunde. Ich akzeptiere, dass ich dieses Gespräch nicht unbedingt mit dem Anästhesisten führen werde, der mich bei Klinikeintritt behandelt. Für Rückfragen steht Ihnen das Anästhesieteam gerne zur Verfügung.

Notizen der/s Anästhesisten/in zum Aufklärungsgespräch sowie individuelle risikoerhöhende Umstände, Indikationen für geplante Anästhesie, postoperative Phase:_____
_____
_____

Festgelegtes Anästhesieverfahren und Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch:

□ Allgemeinanästhesie

□ Spinalanästhesie, Epiduralanästhesie

□ Intravenöse Regionalanästhesie

□ Nervenblockade (mit/ohne Katheter)
- □ Plexus Brachial (Inteskalenär, Axilär)
- □ N. Ischiadikus
- □ N. Saphenus
- □ N. Femoralis
- □ _____

□ Besondere Schmerzbehandlungsverfahren
- □. Ganglion Stellatum Block
- □ _____

□ MAC, Stand-By

Folgende Risiken und Komplikationen wurden besprochen und alle meine Fragen wurden geklärt:

□ Aspiration ggf. Operation Verschiebung

□ Allergien (PONV etc.)

□ Lippen- Zahnschaden bis Stimmbandverletzungen

□ Nervenschaden bis Lähmungen

□ Infektion, Blaue Flecken und Hämatomen

□ Awareness

□ Kopf und Rückenschmerzen

□ Harnverhalt

□ Lagerungschäden (z.B. Bauchlagerung)

□ Ambulante Eingriff, Abholperson

□ Andere (Antibaby Pille, Therapie Eskalation)

□ Andere_____
_____
_____
_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis zu dem vorgesehenen Anästhesieverfahren, die Informationen zur Kenntnis genommen zu haben, sowie keine weitere Frage zu haben.

Ort, Datum_____

Unterschrift Patient/in_____

Unterschrift Anästhesist /in_____