

Patienten-Merkblatt für ambulante Anästhesien bei Operationen am Auge

H.-W. Basse, Dr. med. K. Schilling,
Dr. med. univ. M. Oberreiter, N. Pratz, Dr. med. G. Stolz

Fachärzte für Anästhesiologie

Elisenstraße 28, 63739 Aschaffenburg

Telefon (06021) 218346 Telefax (06021) 218347

www.praxisklinik-ab.de www.aoz.de

e-mail: praxisklinik-ab@t-online.de

Im Notfall

Mobiltelefon (0170) 2281451	H.-W. Basse
Mobiltelefon (0170) 7919429	Dr. Schilling
Mobiltelefon (0176) 24116640	Dr. Oberreiter
Mobiltelefon (0160) 93894271	N. Pratz
Mobiltelefon (0171) 2606301	Dr. Stolz
Mobiltelefon (0171) 5664880	Dr. Nörrenberg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihnen steht eine Operation in Analogsedierung (Dämmerschlaf) bevor. Wir möchten Sie darüber informieren, was Sie wissen und beachten müssen, damit der Dämmerschlaf und die Operation für Sie mit größtmöglicher Schonung und Sicherheit verlaufen. Nachdem der Augenarzt die Notwendigkeit eines Eingriffs mit Ihnen besprochen hat, erhalten Sie dieses Merkblatt mit der Bitte es gründlich durchzulesen und die auf Seite 3 gestellten Fragen mit (X) anzukreuzen oder auszufüllen.

Bitte bringen Sie dieses Merkblatt zur Voruntersuchung bzw. Operation ausgefüllt mit.

Die Analogsedierung (Dämmerschlaf) ist ein Verfahren für Patienten eine Operation in örtlicher Betäubung durch die zusätzliche Gabe von Medikamenten angst-, stress- und schmerzfrei zu gestalten. Der Übergang zur Narkose ist dabei bei Bedarf fließend möglich.

Vor dem Tag der Operation

- Sorgen Sie bitte bereits im Vorfeld für eine geeignete Abholung und für eine kontinuierliche **Betreuung (mindestens 6 Stunden)** durch eine erwachsene Person nach der Operation.

Am Operationstag

Mindestens 4 Stunden vor dem Operationstermin

- Nichts mehr essen!
- Nichts mehr trinken!
- Blutzuckerregulierende Medikamente (z.B. Metformin) und Insulin nur anwenden, wenn Sie noch vor der Operation essen (also 4 Stunden vorher). Ansonsten weglassen!

Spätestens 2 Stunden vor dem Operationstermin

- Wassertabletten erst nach dem Eingriff einnehmen
- Alle anderen Medikamente wie sonst üblich einnehmen.

Ablauf im Operationsraum

- Herausnehmbarer Zahnersatz kann belassen werden
- Sie werden auf der Behandlungsliege gelagert und an Überwachungsgeräte zur Kontrolle von Kreislauf und Atmung angeschlossen
- Am Arm wird eine Venenverweilkanüle gelegt.
- Über die Kanüle werden die dämmerschlafvermittelnden, evtl. kreislaufstabilisierenden Medikamente verabreicht
- Während des Schlafes erhalten sie eine örtliche Betäubung
- Nach Sicherstellung der optimalen Betäubung beginnt die Operation
- Dauert die Operation längere Zeit, werden die schlafunterhaltenden Medikamente bei Bedarf kontinuierlich oder in kleinen Dosen weiter verabreicht.

Im Aufwachraum

- Nach der Behandlung in Analgosedierung (Dämmerschlaf) bleiben Sie noch ca. 1 Stunde im Ruheraum
- Sind Sie kreislaufstabil und wach, können Sie sich nach abschließender Entlassungsuntersuchung und Entfernung der Kanüle (in Begleitung mit einem PKW bzw. Taxi) direkt nach Hause fahren lassen.

Zu Hause am Operationstag und am Folgetag

- Sie können zu Hause sofort essen und trinken.
- Bei Schmerzen nehmen Sie die verordneten Medikamente wie vom Arzt angeordnet ein.
- Die häusliche Medikation nehmen Sie wie üblich weiter.
- Hausruhe einhalten (im Haus bleiben).
- Nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen (keine Fahrzeuge führen), auch nicht als Fußgänger. Die endgültige Freigabe dazu erfolgt durch den Augenarzt.
- Keine Maschinen bedienen, keine gefährlichen Tätigkeiten nachgehen!
- Keine kreislaufbelastenden Tätigkeiten ausführen (z.B. Sport, Sauna).
- Keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Sollten Probleme (z.B. Übelkeit und Erbrechen) auftreten, die Sie auf den Dämmerschlaf zurückführen, erreichen Sie Ihren Anästhesisten 24 Stunden in der Praxisklinik oder unter der oben angegebenen Handynummer.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Anästhesieteam

Anästhesiefragebogen

Ja Nein

Ja Nein

1. Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

2. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher
Behandlung? Ja Nein

Weshalb? _____

3. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

4. Frühere große Operationen/ Narkosen: Ja Nein

welche Operationen / Jahr _____

Ergaben sich dabei Besonderheiten? Ja Nein

Zwischenfälle bei Blutsverwandten? Ja Nein

5. Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Ja Nein

Muskelerkrankungen?

Leiden Sie an:

6. Herzerkrankungen (Angina pectoris,
Infarkt, Rhythmusstörungen usw.) Ja Nein

7. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen
(Krampfadern, Thrombose, hoher oder
niedriger Blutdruck usw.) Ja Nein

8. Lungen- und Atemwegserkrankungen
(OPD, Asthma, chron. Bronchitis usw.) Ja Nein

9. Lebererkrankungen
(Gelbsucht, Leberverhärtung usw.) Ja Nein

10. Nierenerkrankungen
(Entzündungen, Steine usw.) Ja Nein

11. Stoffwechselerkrankungen
(Zucker, Gicht usw.) Ja Nein

12. Schilddrüsenenerkrankungen
(Über-, Unterfunktion) Ja Nein

13. Augenerkrankungen Ja Nein

14. Nerven- oder Gemütsleiden
(Anfallsleiden, Lähmungen,
Depressionen usw.) Ja Nein

15. Erkrankungen des Skelettsystems
(Wirbelsäulen- oder Gelenkschäden) Ja Nein

16. Bluterkrankungen
(Neigung zu Blutergüssen, häufig
Nasenbluten, Hämophilie) Ja Nein

17. Bestehen bei Ihnen Allergien?
(Heuschnupfen, Überempfindlichkeit
auf Nahrungsmittel, Medikamente,
Pflaster) Ja Nein

18. Rauchen Sie regelmäßig? Ja Nein
Wieviel?: _____

19. Regelmäßiger Alkoholgenuß? Ja Nein
Wieviel?: _____

20. Sonstige Besonderheiten: _____ Ja Nein

H.-W. Basse, Dr. med. K. Schilling,
Dr. med. univ. M. Oberreiter, N. Pratz, Dr. med. G. Stolz

Fachärzte für Anästhesiologie

Elisenstraße 28, 63739 Aschaffenburg

Telefon (06021) 218346 Telefax (06021) 218347

www.praxisklinik-ab.de www.aoz.de

e-mail: praxisklinik-ab@t-online.de

Im Notfall

Mobiltelefon (0170) 2281451 H.-W. Basse

Mobiltelefon (0170) 7919429 Dr. Schilling

Mobiltelefon (0176) 24116640 Dr. Oberreiter

Mobiltelefon (0160) 93894271 N. Pratz

Mobiltelefon (0171) 2606301 Dr. Stolz

Mobiltelefon (0171) 5664880 Dr. Nörrenberg

Anästhesieeinwilligung (Narkoseeinwilligung)

Ich willige ein, dass die geplante Operation / Untersuchung / Behandlung

in Analgosedierung (Dämmerschlaf/Tiefschlaf) ausgeführt wird.

Dies schließt vorbereitende und begleitende anästhesiologische Behandlungen inklusive erforderlicher Nebeneingriffe ein.

Bei medizinischer Notwendigkeit bin ich mit einer Erweiterung der Anästhesie einverstanden.

Einschränkungen: _____

Besonderheiten: _____

Betreuende Person nach dem Eingriff: Name: _____ Alter: _____

Wo findet die Betreuung statt: _____

Ist die Person ständig anwesend? ja nein

Ich bin ausreichend über alle Risiken sowie Vor- und Nachteile des gewählten Betäubungsverfahrens aufgeklärt und alle meine Fragen sind sowohl ausreichend als auch befriedigend beantwortet worden.

Nach § 630 BGB Patientenrechtegesetz habe ich das Recht von diesem Fragebogen eine Kopie zu erhalten.

auf Kopie verzichtet

Kopie erhalten

Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigter

Risiken und Nebenwirkungen:

Analgosedierung (Dämmerschlaf/Tiefschlaf)

Überlaufen von Mageninhalt in die Lunge bei fehlender Nüchternheit, Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufbeeinträchtigung,

Peribulbäranästhesie / Lokalanästhesie

Augenverletzung, Blutung, Infektion, Visusverlust, allergische Reaktion