

## Patienten-Merkblatt für ambulante Anästhesien

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Eltern,**

**Dr. med. J. R. Hein, H.-W. Basse, Dr. med. K. Schilling,  
Dr. med. univ. M. Oberreiter, N. Pratz**

Fachärzte für Anästhesiologie

Elisenstraße 28, 63739 Aschaffenburg

**Telefon (06021) 218346**

Telefax (06021) 218347

www.praxisklinik-ab.de

www.aoz.de

### Im Notfall

Mobiltelefon (0171) 6555140	Dr. Hein
Mobiltelefon (0170) 2281451	H.-W. Basse
Mobiltelefon (0170) 7919429	Dr. Schilling
Mobiltelefon (0176) 24116640	Dr. Oberreiter
Mobiltelefon (0160) 93894271	N. Pratz
Mobiltelefon (0171) 5664880	Dr. Nörrenberg

Ihnen (Ihrem Kind) steht eine Operation in Analgosedierung (Dämmerschlaf/Tiefschlaf) bevor. Wir möchten Sie darüber informieren, was Sie wissen und beachten müssen, damit der Tiefschlaf und die Operation (Behandlung) für Sie mit größtmöglicher Schonung und Sicherheit verlaufen. Nachdem der Operateur die Notwendigkeit eines Eingriffes 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 (Behandlung) ausgefüllt mit.**

Sollten Sie noch Fragen haben, können wir diese in einem Telefongespräch in angemessenen zeitlichen Abstand zur Operation bzw. am Behandlungstag beantworten.

Die Analgosedierung (Dämmerschlaf/Tiefschlaf) ist ein Verfahren ängstlichen, aufgeregten und/oder sehr schmerzempfindlichen Patienten eine Operation (Behandlung) in örtlicher Betäubung durch die zusätzliche Gabe von Medikamenten angst-, schmerz- und stressfrei zu gestalten.

Noch bevor der Operateur seine örtliche Betäubung einspritzt, erhalten Sie (Ihr Kind) über eine Venenverweilkanüle schlafanregende und schmerzstillende Medikamente.

Diese Medikamente schaffen einen sehr gelösten, gleichgültigen Zustand unter dem die Spritze zur örtlichen Betäubung nicht bemerkt wird. Kurz vor der eigentlichen Operation (Behandlung) und auch während dieser, können mehrmals kleine Mengen von Medikamenten verabreicht werden. Sie (Ihr Kind) befinden sich nun in einem Dämmerschlaf/Tiefschlaf unter dem operiert (behandelt) werden kann.

### Am Vortag der Behandlung (Operation)

- Nagellack entfernen oder wenigstens von einem Finger!
- Schmuck, Piercings zu Hause belassen.
- Sorgen Sie bereits im Vorfeld für eine geeignete Abholung und für eine kontinuierliche Betreuung (24 h) durch eine erwachsene Person nach der Behandlung (Operation).
- Bei Unklarheiten halten sie Rücksprache mit dem Anästhesieteam der Praxisklinik Elisenpalais.

### Am Behandlungstag (Operationstag)

**Mindestens 4 Stunden vor dem Behandlungstermin (Operationstermin)**

- **Nichts mehr essen, kauen, lutschen!** (auch keine Bonbons, Kaugummi)
- **Nichts mehr trinken!**
- **Nichts mehr rauchen!**

**Spätestens 2 Stunden vor dem Behandlungstermin (Operationstermin)**

- Herz- und Blutdruckmedikamente
- Asthmamedikamente (Broncholytika, Korticoide) mit einem Schluck Wasser einnehmen!
- Blutzuckerregulierende Medikamente (z. B. Metformin) und Insulin nur (nehmen) spritzen, wenn Sie noch vor dem Eingriff (Tiefschlaf) essen. Ansonsten weglassen!

**Unmittelbar vor dem Behandlungstermin (Operationstermin)**

- Bitte Blase entleeren, Zahnprothesen nur dann entfernen sofern nicht festsitzend oder wenn Sie dazu aufgefordert werden.

**Informieren Sie Ihren Anästhesisten über die letzte Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme, über Medikamenteneinnahmen und über fieberhafte Infekte.**

### **Ablauf im Behandlungsraum (Operationsraum)**

- Bei Kindern sollen die Eltern oder bei Patienten mit starker Bindung an eine Bezugsperson dürfen diese bis zum Behandlungsbeginn im Behandlungsraum (Operationsraum) bleiben.
- Überwachungsgeräte zur Kontrolle von Kreislauf und Atmung werden angeschlossen.
- Am Arm wird eine Venenverweilkanüle gelegt.
- Über die Kanüle werden die dämmerschlafvermittelnden, evtl. kreislaufstabilisierenden Medikamente und ein Flüssigkeitsersatz verabreicht.
- Während des Schlafs wird die örtliche Betäubung durchgeführt.
- Nach komplettierender Dosis o.g. Medikamente beginnt die Behandlung (Operation).
- Dauert die Behandlung (Operation) längere Zeit, werden die schlafunterhaltenden Medikamente kontinuierlich oder in kleinen Dosen weiter verabreicht.

### **Im Aufwachraum**

- Nach der Behandlung in Analgosedierung (Dämmerschlaf/Tiefschlaf) müssen Sie (Ihr Kind) noch ca. 1-2 h im Aufwachraum ruhen.
- Sind Sie (Ihr Kind) kreislaufstabil und wach, können Sie sich (mit Ihrem Kind) nach abschließender Entlassungsuntersuchung und Entfernung der Kanüle (in Begleitung mit einem PKW bzw. Taxi) nach Hause fahren lassen.

### **Zu Hause am Behandlungstag (Operationstag) und am Folgetag**

- Sie (Ihr Kind) können (kann) zu Hause sofort Tee oder stilles Wasser trinken.
- Gegessen werden darf sofort oder im angegebenen Zeitabstand nach Anweisung des Operateurs (Behandlers) leicht verdauliche oder besonders empfohlene Kost.
- Bei Schmerzen nehmen Sie (geben Sie) die verordneten Medikamente wie vom Arzt angeordnet ein.
  
- Hausruhe einhalten (im Hause bleiben).
- Nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (keine Fahrzeuge führen), auch nicht als Fußgänger.
- Keine Maschinen bedienen, keine gefährlichen Tätigkeiten!
- Keine kreislaufbelastenden Tätigkeiten ausführen (z. B. Sport, Sauna).
- Kinder beaufsichtigen (24 h kein Schulbesuch).
- Keinen Alkohol trinken.
- Keine wichtigen Entscheidungen treffen.
  
- **Sollten Probleme (z. B. Übelkeit und Erbrechen) auftreten, die Sie auf die Analgosedierung zurückführen, erreichen Sie Ihren Anästhesisten 24 h in der Praxisklinik oder unter der oben angegebenen Handynummer.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Anästhesieteam

# Anästhesiefragebogen

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Beruf: _____ Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____			16. Nerven- oder Gemütsleiden (Anfallsleiden, Lähmungen, Depressionen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäulen- oder Gelenkschäden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Bluterkrankungen (Neigung zu Blutergüssen, häufig Nasenbluten, Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Bestehen bei Ihnen Allergien? (Heuschnupfen, Überempfindlichkeit auf Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Frühere Operationen / Narkosen: welche Operationen / Jahr _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. Essen und vertragen Sie Obst und Gemüse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergaben sich dabei Besonderheiten? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. Tragen Sie künstliche Zähne? Welche?: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zwischenfälle bei Narkosen bei Blutsverwandten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. Rauchen Sie regelmäßig? Wieviel?: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben Sie schon einmal Blutkonserven o. ä. erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Regelmäßiger Alkoholgenuß? Wieviel?: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie diese vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. Sonstige Besonderheiten: _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Muskelkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft? Wogegen?: _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Leiden Sie an:</b>			<b>Zusätzlich bei Kindern:</b>		
8. Herzerkrankungen (Angina pectoris, Infarkt, Rhythmusstörungen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist Ihr Kind normal belastungsfähig oder gibt es irgendwelche Einschränkungen (z. B. wird bei Anstrengung blau o. ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (Krampfadern, Thrombose, hoher oder niedriger Blutdruck usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Lungen- und Atemwegserkrankungen (TBC, Asthma, chron. Bronchitis usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
11. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche Kinderkrankheiten hat es bisher durchgemacht?		
12. Nierenerkrankungen (Entzündungen, Steine usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/>		
13. Stoffwechselerkrankungen (Zucker, Gicht usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/>		
14. Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige _____		
15. Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
			Besonderheiten bei Ihrem Kind: _____		
			_____		

**Dr. med. J. R. Hein, H.-W. Basse, Dr. med. K. Schilling,  
Dr. med. univ. M. Oberreiter, N. Pratz**

Fachärzte für Anästhesiologie

Elisenstraße 28 · 63739 Aschaffenburg

**Telefon (06021) 218346**

Telefax (06021) 218347

www.praxisklinik-ab.de

www.aoz.de

**Im Notfall**

Mobiltelefon (0171) 6555140 Dr. Hein

Mobiltelefon (0170) 2281451 H.-W. Basse

Mobiltelefon (0170) 7919429 Dr. Schilling

Mobiltelefon (0176) 24116640 Dr. Oberreiter

Mobiltelefon (0160) 93894271 N. Pratz

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.**

\_\_\_\_\_  
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**

Augenverletzung, Blutung, Infektion, Visusverlust, allergische Reaktion