

WICHTIGE HINWEISE FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN ZUR AMBULANTEN ANÄSTHESIE

Ambulantes Operationszentrum
am Lindenhofspital

Patientenetikette
(wird im Spital aufgeklebt)

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Ihnen steht eine ambulante Operation bevor. Wir bitten Sie, dieses Merkblatt sorgfältig zu lesen.

- Im Interesse Ihrer persönlichen Sicherheit sind gewisse Vorinformationen über Ihren Gesundheitszustand für die Wahl des passenden Anästhesieverfahrens von grosser Wichtigkeit.
Wir bitten Sie, **den beigefügten Anästhesie-Fragebogen ehrlich auszufüllen und umgehend an uns zu retournieren** (beigelegtes Kuvert oder per E-Mail).
- Jedes Anästhesieverfahren bringt gewisse Risiken mit sich, diese werden aber hauptsächlich durch Art und Schweregrad der Grunderkrankung, den Gesundheitszustand sowie das Lebensalter und die Lebensgewohnheiten bestimmt.
- Bitte erscheinen Sie **unbedingt nüchtern zum vereinbarten Operationstermin**. Ansonsten muss die Operation zu Ihrer Sicherheit verschoben werden.
Konkret:
 - 6 Stunden vor der Operation keine festen Nahrungsmittel sowie Milchprodukte einnehmen
 - Bis 2 Stunden vor der Operation dürfen Sie stilles Wasser, Tee, schwarzer Kaffee (ohne Milch) trinken
 - Bitte verzichten Sie, wenn möglich, vor der Operation auf das Rauchen und auf Kaugummi
- **Entfernen Sie Ihren Schmuck** (Piercing, Ringe etc.) und lassen Sie ihn am besten zu Hause.
Für verlorene Gegenstände lehnen wir jegliche Haftung ab.
- **Führen Sie die vorbereitenden Massnahmen zur Operation gemäss den Informationen Ihrer behandelnden Ärztin/Ihres behandelnden Arztes (Operateurin/Operateur) durch.**
Wenden Sie sich bei Fragen an die zuständige Arztpraxis.
- **Nehmen Sie bitte Ihre Medikamente am Operationstag nur nach ärztlicher Verordnung ein.**
- Kompetente Pflegefachkräfte betreuen Sie nach der Operation im Aufwachraum. Gegen allfällige Schmerzen bekommen Sie Medikamente. Sobald Sie gut wach sind, dürfen Sie trinken.
- Das zuständige Anästhesieteam und die Operateurin/der Operateur werden mit Ihnen entscheiden, wann Sie in Begleitung nach Hause gehen dürfen.

Nach der Entlassung

- Bitte benachrichtigen Sie uns umgehend, wenn nach dem Eingriff unerwartete **Komplikationen** auftreten sollten wie z. B. starkes Erbrechen, Harnverhalt, Kreislaufprobleme, starke Schmerzen, Fieber, Blutungen aus der Wunde, starke Schwellungen im Operationsbereich etc. Während der Öffnungszeiten des Ambulanten Operationszentrums am Lindenhofspital (07.00 – 16.00 Uhr) kontaktieren Sie uns unter der Telefonnummer: **+41 31 366 20 50**.
- Ausserhalb dieser Öffnungszeit rufen Sie bitte die auf Ihrem Austrittsbericht vermerkte Telefonnummer an. In dringenden Fällen haben Sie die Möglichkeit, sich direkt im Notfallzentrum des Lindenhofspitals zu melden. **Bitte erwähnen Sie unbedingt die bei Ihnen durchgeführte Operation.**
- Sie erhalten bei Ihrem Austritt weitere Unterlagen mit Angaben zur postoperativen Schmerztherapie, Medikamente, Verbandsmaterial und wichtige Informationen zu weiteren Verhaltensmassnahmen.

Organisieren Sie unbedingt frühzeitig eine erwachsene Begleitperson, die Sie nach dem Eingriff abholen kann. Bleiben Sie in den ersten 24 Stunden nicht alleine zu Hause, trinken Sie keinen Alkohol und schonen Sie sich.

- **Narkosemedikamente können Nachwirkungen auf Ihren Allgemeinzustand haben, deshalb dürfen Sie für 24 Stunden nach dem Eingriff nicht:**
 - aktiv am Strassenverkehr teilnehmen, Ihr Reaktions- und Urteilungsvermögen ist unter Umständen eingeschränkt
 - Keine Maschinen bedienen, mit denen Sie sich oder andere in Gefahr bringen können
 - Keine wichtigen Entscheide fällen, die massgebliche Konsequenzen nach sich ziehen könnten (z. B. keine wichtigen Dokumente unterzeichnen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dieses Merkblatt gelesen und die Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben:

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Bitte bringen Sie das unterzeichnete Formular «Anästhesieaufklärung und Anästhesieeinwilligung» sowie dieses Merkblatt am Operationstag mit.

**Ambulantes Operationszentrum
Lindenhofspital AG**

Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 366 20 50 | Fax +41 31 366 20 51
info@op-ambulant.ch | op-ambulant.ch

ANÄSTHESIE AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

Patientenetikette
(wird im Spital aufgeklebt)

Sehr geehrte Patientin Sehr geehrter Patient

Bei Ihnen (Ihrem Kind) ist eine Operation mit Anästhesie vorgesehen. Bei der Auswahl der Anästhesie werden wir Ihren Gesundheitszustand (**anhand des zuvor zwingend eingereichten «Anästhesie-Fragebogens»**), Ihren Wunsch und die vorgesehene Operation berücksichtigen. Bitte halten Sie dieses Formular für das Telefongespräch mit der Anästhesistin/dem Anästhesisten bereit. Sie werden am letzten Arbeitstag vor Ihrer Operation auf die von Ihnen angegebene Telefonnummer angerufen.

Allgemeinanästhesie

(Vollnarkose; Ausschalten von Schmerzempfindung und Bewusstsein)

- Risiken: Hals- und Schluckbeschwerden, Zahnschäden, Stimmbandverletzung (Heiserkeit, Atembeschwerden), Aspiration von Mageninhalt in die Lunge, Wachheitszustand während der Narkose

Sedation

(Beruhigung mit Schlafmittel während der Operation in Teilnarkose oder Lokalanästhesie)

- Risiken: Dämpfung der Atmung, Erinnerungsverlust

Spinal- oder Periduralanästhesie

(Teilnarkose; Ausschalten der Schmerzempfindung durch Betäuben der rückenmarksnahen Nerven)

- Risiken: Blutdruckabfall mit Übelkeit, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Harnverhalt, Infektion, Blutung, Störungen des Hör- und Sehvermögens, Nervenschäden

Andere Regionalanästhesien

(z. B. Leitungsanästhesie, Infiltrationsanästhesie; Ausschalten der Schmerzempfindung einzelner Nerven oder einzelner Regionen, vorzugsweise Ultraschallgesteuert)

- Risiken: Nervenschädigung, unvollständige Wirkung, Intoxikation (unerwartet starke Nebenwirkungen der lokalen Betäubungsmittel)

Teilnarkosen werden alleine oder kombiniert mit Vollnarkosen eingesetzt. Bei jeder Teilnarkose kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein. Sollte dies der Fall sein, werden wir Ihre Teilnarkose mit Schmerzmitteln oder mit einer Vollnarkose ergänzen.

Allgemeine Anästhesierisiken

Übelkeit, Erbrechen, Atem- und Herz-Kreislaufstörungen, allergische Reaktionen, Kältezittern, Juckreiz, lagerungsbedingte Rückenschmerzen, Nervenschäden, Sinnestäuschungen, Orientierungsstörungen, aggressives Verhalten.

Durch modernste Techniken, kurzwirksame Medikamente, kontinuierlicher Überwachung Ihres Herz-Kreislaufes und unsere Professionalität sind wir in der Lage, die oben genannten Anästhesierisiken auf ein Minimum zu reduzieren.

Fragen an die Anästhesistin/den Anästhesisten

Ich wurde von einer Anästhesieärztin/ einem Anästhesiarzt ausführlich über die Anästhesiemethoden aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der vorgesehenen Anästhesiemethode und eventuell notwendigen Zusatztechniken einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum und Unterschrift der Anästhesistin / des Anästhesisten

Bitte bringen Sie dieses Formular unbedingt unterzeichnet am Operationstag mit. Vielen Dank!

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen und in dem beigelegten Kuvert zurücksenden!

(Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder erwähnen.)

Patientenetikette
(wird im Spital aufgeklebt)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Körpergrösse in cm _____ Gewicht in kg _____

Datum der geplanten Operation? _____

Was wird operiert? _____

Welche Ärztin/welcher Arzt operiert Sie? _____

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Check-up durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, Name der Ärztin/des Arztes? _____

Frühere Operationen/Art der Anästhesie?

• Eingriff? _____ Vollnarkose Teilnarkose
Datum/Jahr? _____

• Eingriff? _____ Vollnarkose Teilnarkose
Datum/Jahr? _____

• Eingriff? _____ Vollnarkose Teilnarkose
Datum/Jahr _____

• Eingriff? _____ Vollnarkose Teilnarkose
Datum/Jahr? _____

Sind während oder nach der Anästhesie Komplikationen aufgetreten? Ja Nein

Schwierige Intubation, Wachheit während der Operation, Übelkeit/Erbrechen, Hals- oder Schluckbeschwerden, Gefühlsstörungen, Andere? _____

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Fragen/Lebensgewohnheiten?

• Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja, weshalb? _____ Nein

• Rauchen Sie regelmässig? Ja, wie viel? _____ Seit wann? _____ Nein

• Trinken Sie regelmässig Alkohol? _____ Ja, wie viel? _____ Nein

• Nahmen oder nehmen Sie Drogen? _____ Ja, welche? _____ Nein

• Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Ja Nein

• Wurde/n Ihnen schon Blut/Blutbestandteile transfundiert? Ja Nein

• Tragen Sie Zahnersatz? (Prothese, Stiftzahn, Implantate, Kronen) Ja Nein
Welche? _____

• Haben Sie lockere Zähne? Ja Nein

Bitte wenden!

- Tragen Sie Hörgeräte? Ja Nein

- Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Ja Nein

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
Heuschnupfen, Asthma, Medikamente, Latex, Jod, Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle, Nahrungsmittel,
andere: Ja Nein

- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
Welche? (Bitte alle Medikamente aufschreiben oder Liste beifügen!) Ja Nein

- Können Sie mühelos zwei Stockwerke steigen? Ja Nein

Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?

- **Herz** Ja Nein
Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Atemnot, Herzinsuffizienz, andere:

- **Kreislauf** Ja Nein
Niedriger Blutdruck, hoher, Blutdruck, andere:

- **Gefässe** Ja Nein
Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, andere:

- **Lungen und Atemwege** Ja Nein
Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf,
andere:

- **Speiseröhre, Magen, Darm** Ja Nein
Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Verdauungsprobleme, Reflux, Hepatitis, andere:

- **Stoffwechsel** Ja Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette, andere:

- **Schilddrüse** Ja Nein
Über- oder Unterfunktion, Kropf, andere:

- **Nieren und Harnwege** Ja Nein
Nierensteine, Entzündungen, erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Blasenentzündungen, andere:

- **Augen** Ja Nein
Grauer Star, Grüner Star, Pupillendifferenz, Sehstörungen, Sehschwäche, Kontaktlinsen, andere:

- **Bewegungsapparat** Ja Nein
Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, andere:

- **Gibt es Muskelerkrankungen bei Ihnen oder Blutsverwandten?** Ja Nein

- **Blut** Ja Nein
Blutgerinnungsstörung (häufiges Nasen- und Zahnfleischbluten, Blutarmut (Anämie), andere:

- **Nerven** Ja Nein
Hirnschlag, Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen, Gefühlsstörungen, Migräne, andere:

- **Gemüt** Ja Nein
Depressionen, psychische Erkrankungen, andere:

- **Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?**

■ Eine telefonische Vorbesprechung wird am letzten Arbeitstag vor der Operation mit der Anästhesistin/ dem Anästhesisten stattfinden. Bitte geben Sie uns unbedingt eine persönliche Telefonnummer bekannt, unter der Sie in dieser Zeit erreichbar sind.

■ Telefonnummer:

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

**Ambulantes Operationszentrum
Lindenhospital AG**

Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 366 20 50 | Fax +41 31 366 20 51
info@op-ambulant.ch | op-ambulant.ch