

Aufklärung/ Information

Liebe Patientin, lieber Patient! Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!
Bei Ihnen ist eine Operation geplant. Als Fachärzte für Anästhesiologie sorgen wir dafür, dass Sie bzw. Ihr Kind den Eingriff sicher überstehen.

Am OP-Tag beachten...

...Sie bitte die folgenden Anweisungen, um Unannehmlichkeiten oder sogar Komplikationen zu vermeiden: **Sechs Stunden vor dem OpTermin nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen, kein Kaugummi, keine Bonbons lutschen. Ihre morgendlichen Medikamente sollten Sie mit einem kleinen Schluck Wasser einnehmen. (nur nach Absprache)**

Ausnahmen: Insulin, Tabletten gegen Diabetes, ASS®, Marcumar® nach Rücksprache.

Facharzt für Anästhesie
Dr. med. Daniel Panzer
Plastische Chirurgie
Ambulantes OP-Zentrum
Mobiler Anästhesiedienst
Schlossstraße 40
12165 Berlin
Tel. 030/74770840
Fax 030/74770849
info@privatklinik-schlossstrasse.de
www.privatklinik.schlossstrasse.de

Diabetiker nehmen bitte keine blutzuckersenkenden Tabletten und sprechen die Insulindosis mit uns ab. Tabletten, die Metformin enthalten, müssen einen Tag vor der Operation weggelassen werden. Bei regelmäßiger Einnahme von blutverdünnenden Mitteln (z.B. ASS®, Marcumar®) rufen Sie uns bitte mindestens eine Woche vorher an! Tragen Sie zur Operation bitte keine Kontaktlinsen, Nagellack, Make-Up oder Schmuck bzw. Piercings; lockere Kleidung ist empfehlenswert. Wenn Sie eine Zahnprothese tragen, bringen Sie bitte einen Prothesenbehälter mit. Kinder können gerne ein Stofftier, Tablet oder Handy, möglichst mit Kopfhörern, mitbringen. Verändert sich Ihr Gesundheitszustand, so dass Sie Fieber über 38°C; Husten oder Schnupfen haben, sollten Sie uns bitte anrufen. Bei einem Infekt der Atemwege/Bronchien in der Woche vor dem Eingriff rufen Sie uns bitte ebenfalls an.

Keine Impfung innerhalb von zwei Wochen vor und nach dem Eingriff.

Bei ambulanten Eingriffen

Für den Rückweg nach Hause und die nächsten 24 Stunden nach der Operation benötigen Sie eine volljährige Begleitperson, die sich um Sie kümmern kann. Ferner müssen eine Mobiltelefonnummer und eine E-Mailadresse zur Verfügung stehen. Bringen Sie bitte Ihre Versichertenkarte mit, dies gilt auch für Privatversicherte.

Die Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)

Die heutigen modernen Narkosemittel gewährleisten ein schnelles und sicheres Einschlafen sowie ein angenehmes Aufwachen. Nachdem wir Ihnen einen Gefäßzugang in eine Vene des Armes gelegt und eine Infusion daran angeschlossen haben, injizieren wir die Narkosemittel. Sie schlafen daraufhin sofort tief und fest ein. Erst dann legen wir einen Beatmungsschlauch (Tubus) oder eine Kehlkopfmaske in die Atemwege zur Atemwegssicherung, um Ihnen darüber Sauerstoff und ggf. Narkosegase zuzuführen. Während der gesamten Operation werden Narkosemittel verabreicht. Am Ende der Operation wird die Zuleitung der Narkosemittel unterbrochen. Sie fangen an, wieder selbstständig zu atmen, der Beatmungsschlauch wird entfernt und kurz darauf wachen Sie wieder auf.

Regionalanästhesie

Manche Eingriffe, z. B. an Armen und Beinen, können auch in Regionalanästhesie durchgeführt werden. Weil diese Verfahren jedoch im Vergleich zu unseren Vollnarkosen selten Vorteile bieten, wenden wir diese auch nur in ausgesuchten Fällen an.

Nach der Operation...

...fühlen Sie sich in der Regel wohl. Je nach Art des Eingriffs und Ihrem Befinden, können Sie schon ein Getränk und eine Kleinigkeit im Aufwachraum zu sich nehmen. Wir werden Sie etwa ein bis zwei Stunden nachbetreuen, bevor wir Sie in Begleitung nach Hause entlassen. Bis 24 Stunden nach der Narkose dürfen Sie keinen Alkohol trinken, Fahrzeuge führen, Maschinen bedienen, Unterschriften leisten oder gar wichtige Entscheidungen treffen.

Bei ambulanten Eingriffen

Zuhause dürfen Sie abhängig vom Eingriff wie gewohnt essen und trinken. Bei Schmerzen machen Sie bitte rechtzeitig von den vom Operateur verordneten Schmerzmitteln Gebrauch. Über Ihren Operateur sind wir auch weiter erreichbar. Bei lebensbedrohlichen Notfällen rufen Sie bitte umgehend den örtlichen Rettungsdienst z.B. die 112 an.

Die Risiken

Kein Eingriff ist ohne Risiko. Wir möchten Sie daher im folgenden über mögliche relevante Risiken informieren. Das Risiko für schwere, narkosebedingte Komplikationen beträgt bei ambulanten Narkosen 1: 200.000 bis zu 1: 500.000, und ist stark individuell abhängig. Stationär ist das Risiko vermutlich geringfügig höher. Ihr individuelles Risiko ist zumeist sogar noch geringer, jedoch gibt es derzeit keine zuverlässig vergleichbaren aussagekräftigen Zahlen.

Allgemeine Risiken

Infektionen, Blutungen, Atem- und Herz-Kreislaufstörungen, Allergien, Krämpfe, Wundschmerz, Muskelzittern, Erregungszustände, postoperative Krankenhausbehandlung.

Spezielle Risiken

Etwa jeder zehnte Patient klagt nach einer Vollnarkose über vorübergehende Halsschmerzen, die meist nach ein bis zwei Tagen wieder verschwunden sind. Ganz selten kann es zu einer Stimmbandverletzung kommen, die zu einer dauerhaften Heiserkeit führen kann. Ebenfalls selten sind heute Übelkeit und Erbrechen. Gefährlich ist das Einatmen von Erbrochenem während der Narkose mit folgender schwerer Lungenentzündung (daher auch dringend die Nüchternheit beachten, da bei Beachtung das Risiko hierfür auf ein Minimum reduziert ist). Zähne, insbesondere schadhafte, können in seltenen Fällen beim Legen des Beatmungsschlauches beschädigt werden (bitte weisen Sie uns daher auf schadhafte Zähne hin!). Die Wirksamkeit der „Pille“ kann durch die Narkose so beeinträchtigt werden, als hätten Sie die „Pille“ für ein bis zwei Tage nicht eingenommen, so dass u.U. für diesen Zyklus keine Schwangerschaftsverhütung mehr gewährleistet ist.

Haftungsrecht

Narko-Mobilo ist ein mobiler Anästhesiedienst bestehend aus der Einzelpraxis Dr. Daniel Panzer. Wir werden vom Operateur / der Klinik Ihres Vertrauens hinzugezogen, um Sie bei Ihrem Eingriff zu begleiten. Dadurch kooperieren wir mit zahlreichen Ärzten, Kliniken und Kollegen. Wir weisen mit Nachdruck daraufhin, dass jeder Arzt für sich selbst und die Tätigkeiten seiner Mitarbeiter verantwortlich ist. Jeder Arzt ist eine eigene juristische Person. Es besteht keine durchgreifende Haftung. Wir haften nicht für die Behandlung und deren Folgen. Wir haften auch nicht für die Tätigkeit anderer Ärzte, Kollegen oder Operateure. Ebenso wenig wird ein Behandlungserfolg oder -versprechen gegeben, gewährleistet oder gar geschuldet.

Nutzen Sie...

... die Narkose- und Videosprechstunde, um Fragen zu Ihrer Gesundheit und evtl. Kosten in Ruhe klären zu können. Zwecks Terminvereinbarung rufen Sie uns bitte an!!!

Datenschutz-Grundverordnung (kurz: DSGVO)

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der DSGVO sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diesbezüglich möchten wir Sie auf die detaillierte Information auf unserer Internetseite www.privatklinik-schlossstrasse.de verweisen.

Fragebogen

Bitte vollständig und korrekt ausfüllen. Es dient Ihrer Sicherheit.

Narkoseaufklärung erfolgte via: Videosprechstunde telefonisch persönlich

Name: Geburtsdatum:

Straße: PLZ: Stadt:

Beruf: Alter: Größe: cm Gewicht: kg

OP: OP-Datum: Handy:

Operateur: Email:

Nüchternheit: Seit Stunden nicht gegessen/ Seit Stunden nicht getrunken

- Alle früheren Operationen: Wann? Wo? (Krankenhaus/ambulant) Teil-Vollnarkose?

- Folgende Medikamente nehme ich ein (auch „Pille“, Insulin, Spray, etc.):

Bei ambulanten Eingriffen

Keine E-Mailadresse/ kein Mobiltelefon/ keine Abholung - keine OP.

Ich werde nach der Operation abgeholt 24 Stunden und betreut von:

Name: Telefon:

Bitte zutreffendes ankreuzen: Leidet oder litt der Patient an Erkrankungen der folgenden Organe:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz (z.B. Infarkt, Herzschmerzen, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen (z.B. Grüner Star, Kontaktlinsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirn (z.B. Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut (z.B. unklare blaue Flecken, Nasenbluten, Blutung nach OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf (z.B. hoher/niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien / Medikamentenunverträglichkeit (Allergiepass? Gegen: <input type="text"/>)		
Gefäße (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Embolien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen/Besonderheiten: <input type="text"/>		
Lungen /Bronchien (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? <input type="text"/>		
Innere Organe Leber/Nieren/Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsorgane, Speiseröhre, Magen (z.B. Erbrechen im Alltag, Magengeschwür, Sodbrennen, Refluxkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel (z.B. Diabetes, seit <input type="text"/> , Tabletten und/oder Spritzen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitere Rauschgenussmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht, Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie wackelnde Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochen, Wirbelsäule, Gelenke (z.B. Bandscheibenvorfall, künstliche Gelenke, Gelenkversteifungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie Zahnersatz? Festsitzend? Herausnehmbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven / Gemüt (z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme bei Narkosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse (z.B. Über-/Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie in den letzten zwei Wochen geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid19 Waren Sie innerhalb der letzten 7 Tage in Quarantäne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie oder Blutsverwandte unter Muskelkrankheiten/-schwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Zeichen eines Infekts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Waren Sie bereits ernsthaft an Covid19 erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Einwilligung

Im Aufklärungsgespräch mit der Anästhesistin / dem Anästhesisten:

konnte ich mich über Vor- und Nachteile des bei mir geplanten Narkoseverfahrens und insbesondere über die eventuelle ambulante Vorgehensweise informieren. Ich hatte Gelegenheit, über alle Risiken und Komplikationen sowie Neben- und Folgeeingriffe zu sprechen. Ich hatte ausreichend Zeit, meinen Entschluss zur Operation / Anästhesie zu überdenken. Neben den im Informationsteil ausdrücklich erwähnten allgemeinen Risiken wurden mir noch folgende spezielle Risiken erklärt:

Bei Schäden aus fehlerhafter Berufsausübung haftet ausschließlich der Arzt persönlich der die ärztliche Leistung zu verantworten zu leiten und zu überwachen hat. Wir weisen darauf hin, dass Ihre Patientendaten aus Gründen der Qualitätssicherung und Abrechnung elektronisch weiterverarbeitet werden.

- Ich habe keine weiteren Fragen
 Ich habe folgende Frage(n):

Sollten krankheitsbedingte Änderungen oder Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens notwendig werden (z.B. Krankenhauseinweisung), bin ich auch damit einverstanden.
Im Falle der Einverständniserklärung für einen nicht mündigen Patienten erkläre ich hiermit ausdrücklich, dass ich das alleinige Sorgerecht für den o. g. Patienten habe bzw. die Zustimmung des weiteren Sorgeberechtigten für diesen Eingriff eingeholt habe.

- Ich verfüge über das alleinige Sorgerecht.
 Ich erkläre rechtsverbindlich, dass diese Einwilligung/ Erklärung mit Zustimmung des nicht anwesenden Elternteils/Sorgeberechtigten gilt.

Für folgende Maßnahmen bzw. Eingriffe erteile ich mein Einverständnis:

- in Allgemeinanästhesie in Regionalanästhesie in Analgosedierung mit Überwachung durchgeführt wird.

- Ich verzichte auf eine Kopie meiner Einwilligung

(Patienten-Unterschrift)

Mir ist bekannt, dass ich die Praxis nach einer Vollnarkose / Sedierung **nicht** ohne Begleitung verlassen darf.

Ich bin verpflichtet, 7-10 Tage nach OP an der Online Covid19 Nachverfolgung teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass eine Nicht-Teilnahme zur Meldung an die Behörden berechtigt.

Datum:

Ort:

Patient/-in Sorgeberechtigte/-r

Arzt/Ärztin