Bitte Formular am Operationstag zur Unterschrift mitbringen. Vielen Dank.

Anästhesieaufklärung und -einwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient
Das Team für Anästhesiologie wird Sie vor, während und nach der Operation kompetent betreuen. Während des Anästhesie-Aufklärungsgesprächs werden Sie über das auf Sie zugeschnittene Anästhesieverfahren informiert und allfällige Alternativverfahren und Risiken werden erörtert.

Geplanter Eingriff ……
OP Datum …….. Zeitdauer des Gesprächs ……. min
Telefonsprechstunde durchgeführt □

□ **Allgemeine Anästhesierisiken**
Unabhängig vom Anästhesieverfahren ist das Risiko von lebensbedrohlichen Zwischenfällen wie Atem- und Kreislaufstillstand oder Narkosefieber (maligne Hyperthermie) äusserst gering. Sehr selten treten allergische Reaktionen oder Nervenschädigungen an Einstichstellen auf. Vorübergehend kann es nach einer Anästhesie zu Übelkeit, Kältezittern, Juckreiz, Blutergüssen, lokalen Infektionen, Rücken- oder Kopfschmerzen sowie Schwierigkeiten beim Wasserlösen kommen.

□ **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)**
Spezielle Risiken: Heiserkeit, Halsschmerzen, Druckstellen und/oder Verletzungen an Schleimhäuten, Schluckbeschwerden, Aspiration, Stimmbandverletzungen, Zahnschäden (insbesondere schon beschädigter Zähne), Wachsein während der Anästhesie (sehr selten).
Eine Allgemeinanästhesie kann auch mit einer Lokalanästhesie kombiniert werden.

□ **Anästhesie-Standby, Sedation / Dämmerschlaf**
Spezielle Risiken: Dämpfung der Atmung, Aspiration.

Besondere Massnahmen und ihre spezifischen Risiken:
□ Blasenkatheter: Harndrang, Infektion, Blutung, spätere Verengung der Harnröhre

Risikofaktoren (patienten- und eingriffsspezifisch):
……

Mögliche Lagerungsprobleme:
……

Vorgesehenes Anästhesieverfahren:
……..

□ Nahrungskarenz und Einnahme von Medikamenten vor der Anästhesie wurden besprochen
□ Bei ambulanten Patienten in den ersten 24 Stunden: Betreuung durch eine erwachsene Person, keine aktive Teilnahme am Strassenverkehr, keine Maschinen bedienen, Geschäftsunfähigkeit

Datenschutz Information
Ihre Daten werden elektronisch gespeichert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet. Sie werden zur Fakturierung (Verrechnung) kontrolliert an Drittpersonen weitergegeben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterstellt sind.

Ich wurde über die geplante Anästhesie, deren Risiken sowie mögliche Alternativverfahren ausführlich informiert und aufgeklärt. All meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich gebe hiermit meine Einwilligung, die geplante Anästhesie und perioperative Betreuung sowie allfällig notwendige Änderungen durchzuführen.
Im Rahmen der Anästhesie und/oder des Eingriffs kann in seltenen Fällen eine Wiederbelebung (Reanimation) notwendig werden. Diese wird, falls notwendig und sinnvoll, durchgeführt.
Ich stimme zu, dass meine routinemässig erfassten Daten der perioperativen Anästhesiebetreuung in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen.

Aarau, den	Unterschrift Patient*in / gesetzlicher Vertreter*in	Unterschrift Anästhesiearzt*in Dr. med. Tanja Mayer
……..	……..	……