

Patienteninformationen (wird vom Anästhesisten ausgefüllt)

# Informationsblatt

## für ambulante Anästhesien

**Dr. med. Fritz Löwendorf**

• Facharzt für Anästhesiologie – spezielle Schmerztherapie

Kopie ausgehändigt:

Datum: \_\_\_\_\_

HZ: \_\_\_\_\_

Wellersbergstraße 60 · 57072 Siegen  
Telefon 0271 2345-582 oder 2345-870  
Telefax 0271 2345-875  
fritz.loewendorf@drk-kinderklinik.de



## Lieber Patient!

Es gibt viele schmerzhaftes Untersuchungen und Behandlungen, die trotz einer Anästhesie nicht in der Klinik durchgeführt werden müssen. Um eine größtmögliche Sicherheit bei der Narkose/Regionalanästhesie zu gewährleisten, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Halten Sie bitte folgende Maßregeln ein und beantworten Sie die Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand.

### Erforderliche Voruntersuchungen:

- |  |  |
|--|--|
| 1. <b>Labor:</b> Kl.-BB, Thro, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Quick, Y-GT, BZ, K, Krea | 5. <b>Gewicht/Größe</b> _____ / _____ kg/cm                                  |
| 2. <b>EKG</b> (nur Befund) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                 | 6. <b>RR</b> _____   |
| 3. <b>Röntgen-Thorax</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                   | 7. <b>Puls</b> _____   |
| 4. <b>Zahnstatus</b> _____   | 8. <b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |
|  | 9. <b>Drogen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
|  | 10. <b>Rauchen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

### Verhaltensmaßregeln:

1. Um das Risiko der Vollnarkose bzw. Teilbetäubung abzuschätzen, erscheinen Sie bitte mit diesem Informationsblatt zur anästhesiologischen Voruntersuchung.
2. Wenn Sie zur Zeit regelmäßig von Ihrem Hausarzt verschriebene Medikamente einnehmen, tun Sie das bitte auch am Tag der Operation. Ein kleiner Schluck Wasser zur Medikamenteneinnahme ist erlaubt.
3. Bleiben Sie bitte 6 Stunden vor der Operation nüchtern (nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen).
4. Lassen Sie Ihren Schmuck zu Hause. Entfernen Sie eventuell vorhandenen Nagellack. Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz tragen, machen Sie Ihren Narkosearzt bitte darauf aufmerksam. Der Zahnersatz muss vor der Narkose entfernt werden.
5. Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Beendigung der Anästhesie noch nicht straßenfähig sind. Lassen Sie sich von Angehörigen abholen oder mit dem Taxi nach Hause bringen, nachdem der Arzt Sie aus seiner Aufsicht entlassen hat. Wegen der Nebenwirkungen der Anästhesie dürfen Sie frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, an Maschinen arbeiten, Alkohol trinken.
6. Es muss sichergestellt sein, dass Sie nach der Operation jemanden haben, der sich zu Hause um Sie kümmert. Wenn Sie sich unsicher fühlen oder spezielle Fragen haben, können Sie auch immer den Operateur oder den Anästhesisten anrufen. Falls notwendig, wird einer der Ärzte bei Ihnen vorbeischaun.

**Bitte füllen Sie folgende Punkte sorgfältig aus:**

Ich bin schon vorher in Narkose operiert worden:  
dabei gab es bei der Narkose Besonderheiten:  
Ich nehme zur Zeit regelmäßige Medikamente:

nein  ja  
 nein  ja  
 nein  ja

und zwar: \_\_\_\_\_

Ich bin zur Zeit in ärztlicher Behandlung:

nein  ja

wegen \_\_\_\_\_

Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

keine

Muskelerkrankungen:  nein  ja und zwar \_\_\_\_\_

Herzkrankungen:

Herzinfarkt – Agina pectoris – Herzmuskelschwäche – Herzfehler – Bypass – HRST –  
Klappenersatz – andere: \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck – niedriger Blutdruck – Durchblutungsstörungen – Krampfadern –  
Thrombosen – andere: \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen:

Asthma – Bronchitis – Lungenüberblähung – Staublunge – Tuberkulose – andere: \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit – Krampfleiden – Nierenerkrankung – Lebererkrankung – Allergien –  
Schilddrüsenkrankung – Wirbelsäulenerkrankung – Schlaganfall – andere: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft:

nein  ja

Ich bin mit dem vorgeschlagenen Betäubungsverfahren (Narkose/Regionalanästhesie)  
einverstanden und rechtzeitig aufgeklärt worden:

nein  ja

Ich habe noch Fragen an den Anästhesisten:

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der das  
Aufklärungsgespräch führt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
bzw. des Sorgeberechtigten

Name und Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

# Anästhesieprotokoll / postoperative Überwachung

- St. by
- i.V.
- Maske
- ITN
- Komb.
- PDA
- IVRA
- FB
- Plexus
- SpA
- LM
- Tubus Gr.
- Punktion Gr.

- Respi.
- Spontan
  - Ass.
  - IPPV
  - 
  - AMV \_\_\_\_\_ L / min
  - AF \_\_\_\_\_ L / min
- MONITOR
- EKG
  - SaO<sub>2</sub>
  - RR
  - CO<sub>2</sub>
  - N<sub>2</sub>O
  - Anas. Gas.

Midazolam	
Propofol	
Isolf. / Sevo / Hal	
N <sub>2</sub> O / O <sub>2</sub> / Air	
Atropin	
Fentanyl / Alfentanyl	
Remifentanyl	
Atracurium	
Mivacurium	
Bupi. / Prilo	
Ropivacain	
Morphin	
Buprenorphin	
Clonidin	
S-Ketamin	
M C P	
Akrinor	
NaCL / Glucose	

X = 1 Ampulle

Datum:	Operation	
Anästhesist 1:	Dr. Löwendorf	
Anästhesist 2:		
Operateur:		
Zeit:		
BZ präop.	mg% BZ postop.	mg%
Entlassung:		

postoperative Anordnung

