

Anästhesie-Fragebogen

Ärztliche Aufklärung und Patienteneinwilligung zum Anästhesieverfahren

Patientenetikette

Mit freundlicher Unterstützung von ÖGARI Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
April 2025

Anästhesie-Fragebogen

Von der Patientin:dem Patienten auszufüllen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Datum: _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal betreuen können.

Bringen Sie diese Unterlagen (wenn vorhanden) zur Aufnahme mit:

- Allergiepass
- Anästhesiepass
- Herzschrittmacherpass
- Stentpass / Implantatpass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Größe: _____ am Gewicht: _____ kg

Kontaktdaten/Tel-Nr.: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

01 | Frühere Operationen?

ja nein

wenn ja, welche und wann:

02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

ja nein

wenn ja, welche:

- Übelkeit / Erbrechen Atembeschwerden
 Kreislaufbeschwerden Kältezittern
 Verwirrtheit

andere:

03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

ja nein

04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

ja nein

05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

ja nein

wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

06 | Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?

ja nein

wenn ja, welche:

- Latex (Gummi) Antibiotika (z.B. Penicillin)
 Jod Nickel Nahrungsmittel

andere:

07 | Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

ja nein

wenn ja, welche:

08 | Blutverdünnende Medikamente

ja nein

wenn ja, welche:

09 | Frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept), Drogensatzpräparate

ja nein

wenn ja, welche:

10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?

ja nein

wenn ja, _____ Stück pro Tag

wenn ja, seit _____ Jahren

wenn früher ja, Nichtraucher seit _____ Jahren

11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

wenn ja, was und wie viel pro Tag:

12 | Nehmen Sie Drogen?

ja nein

wenn ja, welche:

13 | Hören Sie schlecht? ja nein

14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?

wenn ja, welche (ankreuzen):



15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?

ja nein

16 | Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?

ja nein

17 | Wurde bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt?

ja nein

18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne erkennbaren Grund?

- Nasenbluten
- blaue Flecken ohne Anschlagen
- Blutungen in Gelenke, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutung nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen

19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?

ja nein

Nur von Patientinnen zu beantworten:

20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke Regelblutung:

- länger als 7 Tage Dauer
- mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

21 | Könnten Sie schwanger sein?

ja nein

22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet oder akut erkrankt?

ja nein

23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten, wenn ja, welche:

- HIV Hepatitis Tuberkulose
- andere:

24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in sich?

ja nein
Wenn ja, welche:

- Stent Herzschrittmacher
- Kardioverter - Defibrillator Piercing

andere:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

- 25 | Bluthochdruck ja nein
- 26 | Zuckerkrankheit ja nein
wenn ja, spritzen Sie Insulin: ja nein
- 27 | Herzinfarkt ja nein
wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen: ja nein
wenn ja, wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt: ja nein
- 28 | Brustschmerzen in Ruhe ja nein
- 29 | Brustschmerzen nur bei Anstrengung ja nein
- 30 | Herzschwäche ja nein
- 31 | Haben Sie einen Stent in den Herzkranzgefäßen ja nein
- 32 | Wasser in Lungen oder Beinen ja nein
- 33 | Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern) ja nein
- 34 | Herzklappenfehler ja nein
- 35 | Lungenerkrankung ja nein
- 36 | Asthma bronchiale ja nein
- 37 | Bronchitis bzw. COPD ja nein
wenn ja, benötigen Sie ein Sauerstoffgerät: ja nein
- 38 | Schlafapnoe ja nein
wenn ja, haben Sie nachts eine CPAP-Maske: ja nein
- 39 | Nierenerkrankung ja nein
- 40 | Lebererkrankung ja nein
- 41 | Magen-Darm-Erkrankung ja nein
- 42 | Infektionskrankheit ja nein
- 43 | Schilddrüsenerkrankung ja nein

- 44 | Erkrankung der Blutgefäße ja nein
- 45 | Erkrankungen des Nervensystems ja nein
- 46 | Demenz ja nein
- 47 | Schlaganfall bzw. TIA ja nein
wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen: ja nein
- 48 | Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung ja nein
- 49 | Muskelerkrankung ja nein
- 50 | Erkrankung des Bewegungsapparates ja nein
- 51 | Grüner Star ja nein
- 52 | Blutarmut / Anämie ja nein
- 53 | Andere, oben nicht angeführte Erkrankung: ja nein

wenn ja, welche:

54 | Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

ja nein

55 | Haben Sie eine Patientenverfügung?

ja nein



Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit der Anästhesistin: dem Anästhesisten lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch oder sehen Sie sich den Anästhesieaufklärungsfilm an:

<https://www.oegari.at/patientenforum.php#film>

Wenn Sie auf die Risikoaufklärung verzichten möchten, teilen Sie das bitte Ihrem Anästhesiearzt: Ihrer Anästhesieärztin mit. Film oder Aufklärungsbogen sind kein Ersatz für Ihr individuelles Gespräch mit der Anästhesistin: dem Anästhesisten.

Dieser Abschnitt wird von der Ärztin*dem Arzt beim Patientengespräch ausgefüllt.

Ärztliche Aufklärung und Patienteneinwilligung zum Anästhesieverfahren

Operation:

_____ am: _____

Anästhesistin:Anästhesist (Blockschrift)

Patient:in
(Blockschrift, Klebeetikette)

Einwilligungsfähigkeit gegeben: JA NEIN, weil: _____

Die zur Einwilligung befugte Vertretung aufgeklärt:

Name (Blockschrift): _____ als _____

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch durch: Aufklärungsfilm Aufklärungsbogen

Vorgesehenes Anästhesieverfahren

- Allgemeinanästhesie** („Vollnarkose“)
 - Intubation
 - Larynxmaske/Maske
- Sedoanalgesie** („Dämmerschlaf“)
- Überwachung**
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie**
 - Spinalanästhesie
 - Epidural-/Periduralanästhesie (Lendenbereich)
 - Epidural-/Periduralanästhesie (Brustbereich)
 - kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie
 - Kaudalblock
 - mit ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie**
 - Hals/Schulter/Armbereich
 - Brust/Becken/Beinbereich
 - mit ohne Katheteranlage

Vorgesehene Maßnahmen

- Harnblasenkatheter
- Magensonde
- invasive arterielle Blutdruckmessung
- Zentraler Venenkatheter („Cavakatheter“)
- Transösophageale Echokardiographie
- Eigen-/Fremdblut, Blutprodukte
- Wachintubation

Alternatives Anästhesieverfahren

- Allgemeinanästhesie** („Vollnarkose“)
 - Intubation
 - Larynxmaske/Maske
- Sedoanalgesie** („Dämmerschlaf“)
- Überwachung**
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie**
 - Spinalanästhesie
 - Epidural-/Periduralanästhesie (Lendenbereich)
 - Epidural-/Periduralanästhesie (Brustbereich)
 - kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie
 - Kaudalblock
 - mit ohne Katheteranlage
- Periphere Regionalanästhesie**
 - Hals/Schulter/Armbereich
 - Brust/Becken/Beinbereich
 - mit ohne Katheteranlage

Weitere Maßnahmen bzw. Vermerke

Aufklärungsbogen und Informationen über Verhaltensregeln vor und nach der Anästhesie

- Aufklärungsbogen vor Operationen in Anästhesie inkl. Merkblatt Verhaltensregeln erhalten
- Verhaltensregeln akzeptiert Verhaltensregeln nicht akzeptiert

Vermerk: _____

Mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken

- Allfälliger Aufklärungsverzicht** (nicht möglich bei ästhetischen Operationen und Lebendspende)

Vermerk: _____

Trotz größter Sorgfalt können ernste Komplikationen auftreten. Diese sind sehr selten, können aber in Einzelfällen im Verlauf lebensbedrohlich sein, zu Folgeoperationen (inkl. deren Komplikationen) bzw. zu bleibenden Schäden führen. Beispielsweise durch:

- Risiken durch die Vorerkrankung(en)** (laut Fragebogen)
- Allgemeinanästhesie:** Allergische Reaktionen (inkl. Schock), Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, erschwerte Intubation, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung (→ Nüchternheit!), Lungenschaden, Krampf der Kehlkopf- oder Bronchialmuskulatur, Beatmungsprobleme, Herz-Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen oder Hirnschädigung, drastischer Temperaturanstieg (maligne Hyperthermie), Zahn(ersatz)schaden/Zahnverlust, Verletzungen an Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Schmerzempfinden oder Wachzustand während der Operation, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.
- Sedoanalgesie:** Allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen, Vertiefung des Dämmer-schlafes bis zur Allgemeinanästhesie, Aspiration (Einatmen von Erbrochenem) mit Lungenentzündung (→ Nüchternheit!), Lungenschaden, Herz-Kreislauf- oder Atemversagen, Tod, bleibende Schäden z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung, Schmerzempfinden, Übelkeit/Erbrechen nach der Operation, Verwirrung (ev. Schutzfixierung), Einschränkung der Denkleistungen.
- Rückenmarksnahe Regionalanästhesie:** Störungen der Blasenentleerung, Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags, Kopfschmerzen (inkl. Erfordernis des Einspritzens von Eigenblut in den Epiduralraum), Sturzgefahr, Krampfanfall, Bewusstseinsverlust, Atemversagen (inkl. Erfordernis der künstlichen Beatmung), Blutungen (inkl. Hirnblutung), Rückenschmerzen, **vorübergehende und bleibende Lähmungen/Taubheitsgefühl** (Querschnittslähmung), Infektionen (inkl. Hirnhautentzündung), Verletzungen. Nerven/Rückenmark, bei unzureichender Wirkung oder Schmerzen Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren, allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen.
- Überwachung:** Schmerzempfinden, Stressreaktionen, bei ungenügender Symptomkontrolle Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren.
- Periphere Regionalanästhesie:** Schmerzempfinden, Blutungen, Infektionen, vorübergehende und bleibende Nervenschäden und Lähmungen/Taubheitsgefühl, Lungen-, Rippenfellverletzungen, Lungenschaden, Verletzungen von Schlagadern oder Gewebe, bei unzureichender Wirkung Umsteigen auf alternatives Anästhesieverfahren, Krampfanfälle, allergische Reaktionen, Medikamentennebenwirkungen/-wechselwirkungen.
- Katheteranlage in der Regionalanästhesie bzw. zur Schmerztherapie nach der Operation:** Risiken einer Regionalanästhesie, Verlagerung des Katheters mit ungenügender Wirkung, Schmerzen oder Verabreichung der Medikamente ins umliegende Gewebe (inkl. Blutgefäße, Nerven), Sturzgefahr.

- Harnblasenkatheter:** Schmerzempfinden, Blutung, Infektion oder Verletzungen von Harnröhre, Blase oder benachbarter Strukturen.
- Magensonde, Transösophageale Echokardiographie:** Schmerzempfinden, Zahn(ersatz)schaden, Zahnverlust, Blutung, Infektion oder Verletzung des Mund-Rachenraumes, der Speiseröhre, des Magens oder benachbarter Strukturen.
- Gefäßzugänge (in Venen oder Arterien):** Schmerzempfinden, Missempfindungen an Einstichstellen, Blutungen, Infektionen oder Gewebeverletzungen inkl. Verletzung des Rippenfells (Luft in der Brusthöhle, Atemstörungen), der Gefäße (Durchblutungsstörungen, Pseudoaneurysma) oder der Nerven, Abszess, Absterben von Gewebe, Blutvergiftung (Sepsis), bleibende Schäden (inkl. Narben, Schmerzen, Lähmungen).
- Bluttransfusion und Blutprodukte:** Infektionen (inkl. Leberentzündung, HIV), Transfusionsreaktionen (inkl. Allergie, Lungenversagen), Tod, Blutgerinnsel (Thrombose, Embolie inkl. Schlaganfall).
- Wachintubation:** Schmerzempfinden und Risiken einer Allgemeinanästhesie.
- Medikamentöse Schmerztherapie nach der Operation:** Bei starken Schmerzmitteln (z.B. Opioiden) Atemstörungen, Sturzgefahr, Tod, Übelkeit/Erbrechen; bei Entzündungshemmern Magen-Darm-Blutungen, Nierenschaden.
- Sie wurden darüber informiert, dass Sie einen/mehrere lockere Zähne haben oder dass Ihr Zahnstatus desolat ist und dass es bei der Intubation zu einem Zahnschaden kommen kann. Sie wurden von uns darauf hingewiesen, dass Sie Ihre gelockerten Zähne vor Durchführung der Operation von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt sanieren lassen sollten.

Vermerk: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich über das geplante und alternative Anästhesieverfahren, den gewöhnlichen Verlauf und die Risiken in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend aufgeklärt wurde, dass dieser Aufklärungsbogen das Aufklärungsgespräch stichwortartig korrekt wiedergibt und ich den Inhalt der Aufklärung verstanden habe.

Man hat mir erklärt, dass bei noch so sorgfältiger Behandlung Komplikationen nicht immer vermieden werden können und keine Garantie für den Erfolg der Behandlung gegeben werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Aufklärung.

Ich treffe meine Entscheidung für die vorgeschlagenen anästhesiologischen Maßnahmen aus freiem Willen nach ausreichender Bedenkzeit und

- a. erkläre mich ausdrücklich mit diesen Maßnahmen und den allenfalls medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens einverstanden.
- b. erweitere diese Einwilligung auch auf folgende weitere mir von der Operateurin:vom Operateur erklärte Eingriffe in derselben Anästhesie:
- _____
- c. habe verstanden, dass die geplante operative Behandlung aus mehreren gleichartigen Eingriffen besteht und jeweils mit demselben vorgesehenen Anästhesieverfahren durchgeführt wird.
- d. lehne folgende Maßnahmen ab:
- _____

_____ (Ort), den ____ . ____ . ____, um ____ : ____ Uhr

- telefonische Anamnese und Aufklärung, am (Datum) ____ . ____ . ____, von ____ : ____ bis ____ : ____ Uhr

Patientin:Patient (Unterschrift):

Gesetzliche Vertretung (Unterschrift):

Anästhesistin:Anästhesist (Unterschrift):

Dolmetscherin:Dolmetscher (Unterschrift)

Sprache:

Die Dolmetscherin:der Dolmetscher bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift, die Inhalte des Aufklärungsgesprächs vollständig, korrekt und inhaltsgetreu in die oben angegebene Sprache übersetzt zu haben.