

## Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Analgosedierung bei der Augenoperation am \_\_\_\_\_

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

### Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lesen Sie diesen Aufklärungsbogen möglichst bald sorgfältig durch und füllen Sie den umseitigen Fragebogen aus! Bringen Sie das vorliegende Blatt sowie Ihre Krankenkassenkarte bitte zu Ihrer Augenoperation mit!



**Wir bitten Sie, mindestens sechs Stunden vor dem geplanten Behandlungstermin nichts mehr zu trinken oder zu essen (auch kein Bonbon oder Kaugummi)!**

→ Ausnahme ist klares, stilles Wasser, welches Sie bis zwei Stunden vor Ihrem Termin noch trinken dürfen.

Damit Sie die geplante Augenoperation ohne Angst und Schmerzen gut überstehen, bekommen Sie – vor einer ggf. erforderlichen örtlichen Betäubung des Auges (Peri-/ Retrobulbäranästhesie) – eine dünne Venenverweilkanüle am Arm gelegt, über welche dann die zur Dämmer Schlafbehandlung erforderlichen Schlaf- und Schmerzmittel gegeben werden. Weitere Medikamentengaben werden dann individuell auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abgestimmt. Falls erforderlich, wird der Atemluft während der Behandlung zusätzlich Sauerstoff über eine Nasensonde zugefügt. Außerdem werden Sie während der gesamten Behandlung kontinuierlich mittels EKG, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie (Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut) überwacht. Dadurch stellen wir die optimale Sicherheit für Sie während des Eingriffs sicher.

Am Ende der Behandlung erwachen Sie langsam aus dem Tiefschlaf. Im Anschluss an die Operation verweilen Sie noch für ca. 30 Minuten in einem Ruheraum in der Praxis. Bevor Sie dann die Praxis verlassen, wird zuletzt noch die Venenverweilkanüle gezogen.

Kein medizinischer Eingriff ist frei von Risiken. So kann es durch die Venenverweilkanüle selten zu Blutergüssen oder Entzündungen an der Einstichstelle und äußerst selten zu Blutgerinnseln (Thrombus / Thrombophlebitis) in den Armvenen kommen. Durch die Tiefschlaf-Medikamente kann es selten zu Kreislaufstörungen und Schwindel, sehr selten zu Übelkeit und Erbrechen sowie zu Allergien kommen. Eine örtliche Betäubung kann zusätzlich Blutungen in die Augenhöhle, Verletzungen des Augapfels und in extrem seltenen Fällen sogar den Verlust des Sehvermögens des betroffenen Auges verursachen.

Am Tag der Behandlung führen wir mit Ihnen vor dem Eingriff noch ein persönliches, ausführliches Aufklärungsgespräch, in welchem alle bestehenden Fragen beantwortet werden. Sollten Sie bereits vorab ein Gespräch mit Ihrem Narkosearzt führen wollen, so melden Sie sich gerne telefonisch über unser

**Patienten-Telefon: 06021 – 3 71 34 99**

Für Ihre Augenoperation wünschen wir Ihnen alles Gute und baldige Genesung!

Ihr Anästhesie-Team

### HINWEISE FÜR AMBULANTE EINGRIFFE

**Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Dämmer Schlaf-Behandlung für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen!** Das bedeutet, dass jemand Sie aus der Praxis abholen und nach Hause bringen muss. Zudem muss zu Hause die ständige Betreuung durch eine zuverlässige Person sichergestellt sein. Sie dürfen für 24 Stunden auch keine gefährlichen (laufenden) Maschinen bedienen! Außerdem sind Sie für diesen Zeitraum nicht geschäftsfähig (z.B. Vertragsunterschriften).

Folgende Angaben brauchen wir von Ihnen,  
bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Größe (m)

Gewicht (kg)

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Dämmerschlaf-Behandlung durchgeführt?**

ja  nein

**Falls ja, gab es dabei Probleme?**

ja  nein

**Leiden Sie an ...**

→ **Herz- und Kreislauferkrankungen:** (z. B. Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen)

ja  nein

→ **Lungenerkrankungen:** (z. B. Tuberkulose, Asthma, akute oder chronische Bronchitis, Atemnot bei Belastung)

ja  nein

→ **Lebererkrankungen:** (z. B. Gelbsucht, Hepatitis)

ja  nein

→ **Stoffwechselerkrankungen:** (z. B. Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, Gicht, Schilddrüsenkrankheiten)

ja  nein

→ **Nerven- und Gemütererkrankungen:** (z. B. Epilepsie, Depressionen)

ja  nein

→ **Muskelerkrankungen:** (z. B. Muskelschwäche, Muskelschwund)

ja  nein

→ **Allergien:** (z. B. Latex, Medikamente, Antibiotika, Soja)

ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

**Einwilligungserklärung:**

Über das geplante Betäubungsverfahren hat mich Frau / Herr Dr. \_\_\_\_\_ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Analgosedierung für die Augenoperation ein. Mit einer eventuell notwendigen / möglichen Änderung des Anästhesie-Verfahrens bin ich ebenfalls einverstanden. Ich bestätige, von den Hinweisen für ambulante Eingriffe Kenntnis genommen zu haben und sie einhalten zu können. Bei im Anschluss an den Eingriff zu Hause auftretenden Gesundheitsstörungen werde ich sofort einen Arzt verständigen.

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift Arzt

Unterschrift PatientIn  
(Sorgeberechtigte/r)