

Patienten - Aufklärung Anästhesie

Sekundäre Steinsanierung

Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Ihnen wurde notfallmässig eine Harnleiterschienung durchgeführt. Innerhalb weniger Tage bis Wochen wird deswegen ein erneuter operativer Eingriff zur Entfernung des Harnleiter- oder Nierensteins (Harnleiter- oder Nierensteinbildung) notwendig werden. Ihr Urologe wird Sie über diesen Folgeeingriff informieren.

Um einerseits die Nachfolge-Operation effizienter planen und allfällige zwischenzeitliche Veränderungen in Ihrem medizinischen Zustand korrekt erkennen und gegebenenfalls frühzeitig darauf reagieren zu können, bitten wir Sie, den umseitigen Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben.

Sofern die Anästhesie im Rahmen der ersten (Notfall-) Operation problemlos verlaufen ist und Ihr medizinischer Zustand sich nicht verändert hat, würden wir für diese Folge-Operation dieselbe Anästhesieform anwenden.

Wenn im Fragebogen relevante Änderungen in Ihrem medizinischen Zustand entdeckt werden, welche für die Anästhesie relevant sind, oder wenn Sie eine erneute persönliche Beurteilung und Beratung durch unsere Anästhesie-Ärztinnen und -Ärzte wünschen, werden Sie noch einmal in die Anästhesiesprechstunde (APRA) aufgeboten.

Falls sich Ihr medizinischer Zustand jedoch nicht verschlechtert hat, und Sie damit einverstanden sind, können wir die anästhesiologische Beurteilung auch anhand Ihrer Krankenakte und des vorliegenden Fragebogens vornehmen. Sie verzichten dabei bewusst auf ein erneutes persönliches Beurteilungs- und Aufklärungsgespräch.

- **Falls Ihr jetziger Aufenthalt ambulant war:**
Sie erhalten dieses Dokument bei Ihrem Austritt und werden gebeten, dieses Dokument frühestens am Folgetag vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und dieses möglichst zeitnah mit beiliegendem Rückantwortcouvert zu retournieren.
- **Falls Ihr jetziger Aufenthalt stationär war:**
Geben Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen vor Spitalaustritt Ihrer Bezugspflege ab.

Zu Ihrer Sicherheit

Vor dem geplanten Eingriff dürfen Sie ab Mitternacht nichts mehr essen. Sie können aber bis zum Spitaleintritt schluckweise Wasser oder Sirup trinken. Halten Sie sich bitte strikt an diese Anweisungen, da sonst der Eingriff verschoben werden muss. Nehmen Sie Ihre Medikamente am Operationstag nur nach ärztlicher Verordnung ein. Eine Liste mit denjenigen Medikamenten, die Sie vor dem Operationstag nicht einnehmen dürfen bzw. mit denjenigen Medikamenten, die Sie auch am Operationstag einnehmen sollen, wird Ihnen nach der Beurteilung abgegeben oder zugeschickt. Verzichten Sie am Operationstag darauf, wichtige Geschäfte zu tätigen. Auch auf die selbständige Teilnahme am Strassenverkehr oder das Bedienen von Maschinen ist zu verzichten.

Falls Sie eine oder mehrere der hervorgehobenen Schlüsselfragen auf dem umseitigen Fragebogen mit "JA" beantworten oder sich Auffälligkeiten aus den uns vorliegenden medizinischen Akten ergeben, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und/oder Sie in die Anästhesiesprechstunde aufbieten.

Ansonsten gilt (bitte ankreuzen):

Ich möchte noch genauer von einer Anästhesieärztin / einem Anästhesiearzt aufgeklärt werden und wünsche einen Termin in der Anästhesiesprechstunde.

→ Bringen Sie bitte Ihre aktuelle Medikamentenliste mit.

Ich habe das geplante Vorgehen verstanden und habe keine Fragen an die Anästhesisten. Ich verzichte daher auf ein erneutes persönliches Aufklärungsgespräch und den entsprechenden Besuch einer Anästhesiesprechstunde.

Freundliche Grüsse und beste Genesungswünsche - Ihr Anästhesieteam

Patientenkleber

Wird nicht benötigt bei "PDF's drucken"

	JA	NEIN
Grösse: Gewicht:		
Körperliche Belastbarkeit - Bekommen Sie Atemnot, wenn Sie ohne anzuhalten 2 Stockwerke Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf - Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt (z.B. durchgemachter Herzinfarkt, Herz-klappenerkrankung (mit/ohne Herzklappenersatz), Herzrhythmusstörungen)? - Tragen Sie einen Herzschrittmacher und/oder Defibrillator? Bringen Sie den Ausweis bitte mit. - Haben Sie Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)? • Sind Sie deswegen in Behandlung? Bringen Sie bitte den aktuellsten Bericht mit. - Haben Sie einen unregelmässigen Puls oder Herzstolpern? Z. B. Vorhofflimmern, etc? • Sind Sie deswegen in Behandlung? Bringen Sie bitte den aktuellsten Bericht mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge - Haben Sie eine Lungenkrankheit? Welche?..... - Rauchen Sie? Wie viele Pakete pro Tag.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt - Leiden Sie an regelmässigem saurem Aufstossen (Sodbrennen), welches <u>nicht</u> von der Nahrung abhängig ist? - Leiden Sie an einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie)? - Hatten Sie eine Magen-OP zur Gewichtsreduktion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leber - Liegt eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Zirrhose, Krampfadern der Speiseröhre) vor? - Trinken Sie regelmässig Alkohol? Was / wieviel tgl.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Niere - Liegt eine Nierenschwäche vor? - Müssen Sie zur Blutwäsche - Dialyse? An welchen Wochentagen?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel - Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? • Behandlung mit Diät / Tabletten / Insulin (Zutreffendes einkreisen) - Haben Sie eine medikamentös behandelte Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? - Anderes? Was?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nervensystem - Haben / hatten Sie ein Nervenleiden? <input type="checkbox"/> Lähmung <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seltene Erkrankungen - Leiden Sie an einer seltenen Erkrankung? Welche? - Ausweis für <input type="checkbox"/> maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medikamente? <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne - Haben Sie lockere, oder beschädigte Zähne? Welche?..... - Tragen Sie Zahnprothesen/ -teilprothesen? Wo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Drogen - Nehmen Sie Drogen ein? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Ausweis für "schwierige Intubation"? (bitte mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnung (zu starke oder zu schwache Gerinnung) Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen? z.B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Plavix, etc. Fragen Sie bei Unklarheiten Ihren Hausarzt. Welche?..... AUSNAHME: Aspirin maximal 100mg soll weiter eingenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum _____

Name _____ Unterschrift _____