

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 Nierenspiegelung) notwendig werden. Ihr Urologe wird Sie über diesen Folgeeingriff informieren.

Für die Nachfolge-Operation bitten wir Sie, den umseitigen Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben.

Sofern die Anästhesie im Rahmen der Notfalloperation problemlos verlaufen ist und Ihr medizinischer Zustand sich nicht verändert hat, wenden wir für die Folge-Operation grundsätzlich dieselbe Anästhesieform an. In gewissen Fällen muss die Folge-Operation zwingend in Vollnarkose und unter Bereithaltung von Blutkonserven durchgeführt werden, zum Beispiel bei einer perkutanen Nierenbeckenstein-Zertrümmerung (perkutane Nephrolitholapaxie oder PNL).

Wenn im Fragebogen, für die Anästhesie relevante Änderungen in Ihrem medizinischen Zustand entdeckt werden, Sie eine erneute persönliche Beurteilung/Beratung durch unsere Anästhesie-Ärzt:innen wünschen oder dieses Dokument nicht fristgerecht retourniert wurde, werden Sie nochmals in die Anästhesiesprechstunde aufgeboden.

Falls sich Ihr medizinischer Zustand nicht verschlechtert hat und Sie damit einverstanden sind, können wir die anästhesiologische Beurteilung auch anhand Ihrer Akte 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 aber innert 5 Tagen vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und dieses möglichst zeitnah mit beiliegendem Rückantwortcouvert zu retournieren. Wenn innert 7 Tagen nach Abgabe kein Dokument eingetroffen ist, werden sie zu einem Sprechstundentermin vor Ort aufgeboden.
- **Falls Ihr jetziger Aufenthalt stationär war:**
Geben Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen vor Spitalaustritt Ihrer Bezugspflegenden auf der Bettenstation ab.

Zu Ihrer Sicherheit

Für den geplanten Eingriff müssen sich nüchtern sein. Sie dürfen bis 6 Stunden vor Spitaleintritt essen und bis 1 Stunde vor Spitaleintritt klare Flüssigkeiten (*Wasser, Tee, Sirup, Fruchtsäfte ohne Fruchtfleisch, Kaffee, falls erwünscht mit Zucker und wenig Milch im Sinne eines "Café crème" (kein Latte Macchiato, kein Cappuccino)*) trinken. Halten Sie sich bitte strikt an diese Anweisungen, ansonsten muss der Eingriff verschoben werden. 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. 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

	JA	NEIN
Grösse: Gewicht:		
Körperliche Belastbarkeit - Bekommen Sie Atemnot, wenn Sie, ohne anzuhalten 2 Stockwerke Treppen steigen?	☐	☐
Herz / Kreislauf - Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt (z.B. durchgemachter Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung (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.	☐	☐
Lunge - Haben Sie eine Lungenkrankheit? Welche?..... - Rauchen Sie? Wie viele Pakete pro Tag.....	☐ ☐	☐ ☐
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?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Leber - Liegt eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Zirrhose, Krampfadern der Speiseröhre) vor? - Trinken Sie regelmässig Alkohol? Was / wieviel tgl.:	☐ ☐	☐ ☐
Niere - Liegt eine Nierenschwäche vor? - Müssen Sie zur Blutwäsche - Dialyse? An welchen Wochentagen?.....	☐ ☐	☐ ☐
Stoffwechsel - Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? • Behandlung mit Diät / Tabletten / Insulin (Zutreffendes einkreisen) - Haben Sie eine medikamentös behandelte Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? - Anderes? Was?.....	☐ ☐	☐ ☐
Nervensystem - Haben / hatten Sie ein Nervenleiden? ☐ Lähmung ☐ Schlaganfall ☐ Epilepsie ☐ MS ☐ Myasthenia gravis?	☐	☐
Infektionskrankheiten ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ HIV/AIDS ☐ Andere	☐	☐
Seltene Erkrankungen - Leiden Sie an einer seltenen Erkrankung? Welche? - Ausweis für ☐ maligne Hyperthermie	☐	☐
Allergien ☐ Jod ☐ Latex ☐ Medikamente? ☐ Nahrungsmittel? Welche?.....	☐	☐
Zähne - Haben Sie lockere, oder beschädigte Zähne? Welche?..... - Tragen Sie Zahnprothesen/ -teilprothesen? Wo?.....	☐ ☐	☐ ☐
Drogen - Nehmen Sie Drogen ein? Welche?.....	☐	☐
Haben Sie einen Ausweis für "schwierige Intubation"? (bitte mitbringen)	☐	☐
Gerinnung Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen? z.B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Plavix, etc. Fragen Sie bei Unklarheiten Ihren Hausarzt. Welche?..... → sie werden über das Pausieren vor der Operation informiert!	☐	☐
AUSNAHME: Aspirin maximal 100mg soll weiter eingenommen werden		

Vorname _____

Nachname _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____