

Aufklärungsbogen und Fragebogen für Augenoperationen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen ist eine Augenoperation in Lokalanästhesie (Augentropfen) mit intravenöser Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln (**Analgosedierung**) geplant. Wir werden Sie während der Operation mit einem Team aus Narkosearzt und Narkoseschwester betreuen. Unser Ziel ist, dass es Ihnen während der Operation gut geht, ohne dass Sie Schmerzen oder Angst haben müssen. Sie werden nicht so tief schlafen wie bei einer Vollnarkose und nach der Operation sehr schnell wieder fit sein. Nur in seltenen Fällen sind zusätzliche Maßnahmen erforderlich, wie z.B. Betäubungen am Auge (subkonjunktivale oder peribulbäre Anästhesie) oder Vollnarkose mit Beatmung. Falls eine dieser Methoden bei Ihnen erforderlich sein sollte, werden Ihr Augenarzt und Ihr Narkosearzt im Vorfeld mit Ihnen darüber sprechen.

Zum Ablauf am OP-Tag:

- ✓ Medikamente (**Zucker-, Blutdruck-, Herztabletten** etc.) nehmen Sie am OP-Tag wie gewohnt ein.
- ✓ Bei örtlicher Betäubung mit Analgosedierung: Essen und Trinken ist in kleinen Mengen erlaubt.
- ✓ Bei Vollnarkose: Essen ist bis 6 Std. vorher, Trinken klarer Flüssigkeiten ist bis 2 Std. vor der OP erlaubt.
- ✓ Falls das Verfahren bei Ihnen noch nicht klar sein sollte: Essen ist bis 6 Std. vorher, Trinken klarer Flüssigkeiten ist bis 2 Std. vor der OP erlaubt.
- ✓ Bei Ankunft in der Augenarztpraxis wird Ihr Auge mit Tropfen vorbereitet – ggf. finden auch noch Messungen durch die Augenarztpraxis statt.
- ✓ Im OP bekommen Sie eine Infusionskanüle gelegt, über die wir Medikamente zur Analgosedierung verabreichen. Die Dosis werden wir Ihrem individuellen Bedarf anpassen.
- ✓ **Bitte sprechen Sie mit uns, falls Sie sehr aufgeregt sind oder Angst haben: wir können Ihnen dann am besten helfen!**
- ✓ Während der Operation wird Ihr Gesicht mit einem sterilen Tuch abgedeckt. Damit Sie zu jeder Zeit gut atmen können, bekommen Sie Sauerstoff unter dem Tuch.
- ✓ Wir werden Herzfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und ggf. das EKG überwachen.
- ✓ Während der Operation können Sie jederzeit mit uns sprechen, falls Ihnen irgendetwas unangenehm sein sollte. Eventuell wird auch der Augenarzt mit Ihnen sprechen und Ihnen Anweisungen zur Blickrichtung geben. **Wichtig: Ihr Kopf muss dabei ruhig liegen bleiben!**
- ✓ Nach der Operation in Analgosedierung müssen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit noch etwa 1-2 Stunden im Wartezimmer bleiben, bevor Sie **in Begleitung** nach Hause gehen können. Den Zeitpunkt Ihrer Entlassung legen die Mitarbeiter vor Ort fest. Auch muss sichergestellt sein, dass Sie für die ersten 24 Stunden nach der Operation einen direkten Ansprechpartner zu Hause haben.
- ✓ In den 24 Std. nach der Operation dürfen Sie keinesfalls aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Im öffentlichen Personennahverkehr sowie als Fußgänger brauchen Sie zwingend eine Begleitung.

Damit wir ausreichend über Ihre Vorerkrankungen informiert sind, bitten wir Sie, die **umseitigen Fragen unbedingt vor Ihrem Operationstermin durchzulesen und Zutreffendes anzukreuzen.**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Name:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?	JA	NEIN
• Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Stent-Einlage, Herzoperationen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kreislaufstörungen (z.B. Bluthochdruck)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis, Lungenembolie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wie viele Stockwerke können Sie ohne Atemnot oder andere Beschwerden steigen? _____		
• Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Muskelerkrankungen (z.B. Muskelschwäche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle, Lähmungen, Schlaganfall)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Allergien auf Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
• Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Haben Sie ansteckende Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV)?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Traten bei Narkosen Zwischenfälle auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Rauchen Sie regelmäßig, wie viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wenn ja welche? Bitte eintragen - bringen Sie ggf. Ihre Liste mit!		

Einwilligungserklärung

Frau / Herr Dr. _____ hat mit mir ein Aufklärungsgespräch über das bei mir vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Bei mir soll folgendes Anästhesieverfahren durchgeführt werden:

- örtliche Betäubung mit Analgosedierung**
Risiken: z.B. Wachheit, Unruhezustände, Blutdruckschwankungen, Atemstillstand, Aspiration
- zusätzlich subkonjunktivale Betäubung durch Injektion**
Risiken: z.B. Blutungen in die Bindehaut mit zeitweiligen oder bleibenden Sehstörungen, Infektionen
- zusätzlich peribulbäre Betäubung durch Injektion**
Risiken: z.B. Blutungen hinter oder im Auge mit zeitweiligen oder bleibenden Sehstörungen, Infektionen
- Vollnarkose**
Risiken: z.B. Intubationsschäden, Aspiration, Beatmungskomplikationen, Herz-/Kreislaufkomplikationen, Übelkeit und Erbrechen, Unruhezustände

Ich wurde über die Art des Verfahrens, seine Vor- und Nachteile, sowie den damit verbundenen Risiken aufgeklärt. Ich habe den Anästhesisten über alle meine mir bekannten Erkrankungen informiert. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle meine Fragen stellen. Wegen möglicher Nachwirkungen der Anästhesie darf ich frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Abholung und häusliche Betreuung sind gesichert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in das besprochene Anästhesieverfahren ein. Ein Duplikat dieser Einwilligung kann ich jederzeit verlangen.

Mein Einverständnis erstreckt sich ausdrücklich auch auf das identische Anästhesieverfahren für die Operation an meinem zweiten Auge, sofern die zweite Operation nicht länger als 3 Monate nach der ersten Operation stattfindet und sich mein Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert hat.

Datum

Unterschrift Anästhesist/in

Unterschrift Patient/in