

Name: Vorname:

Patientenkleber

Anästhesie-Aufklärung und -Einwilligung für Eingriffe in intravenöser Regionalanästhesie (IVRA)

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Bei Ihnen ist eine Operation mit intravenöser Regionalanästhesie (IVRA) vorgesehen. Bei der Auswahl der Anästhesie haben wir Ihren Gesundheitszustand, Ihren Wunsch und die vorgesehene Operation berücksichtigt. Jede Anästhesiemethode hat Risiken, über die wir Sie hier informieren. Wir möchten Sie durch diese Aufzählung keinesfalls beunruhigen. Komplikationen können zwar bei jedem Narkoseverfahren auftreten, jedoch sind schwere Nebenwirkungen oder sogar bleibende Schäden sehr selten.

Allgemeine Risiken:

Übelkeit, Erbrechen, Atem- und Kreislaufstillstand, allergische und medikamentöse Reaktionen, Kältezittern, Juckreiz, Harnverhaltung, lagerungsbedingte Nervenschädigungen und Rückenschmerzen.

Spezifische Risiken je nach Verfahren:

Allgemeinanästhesie „Vollnarkose“

Hals- und Schluckbeschwerden, Zahnschäden, Stimmbandverletzung (Heiserkeit, Atembeschwerden), Verschlucken von Mageninhalt in die Lunge, ungenügende Narkosetiefe.

Regionalanästhesie „Teilnarkose“

Bei jeder Regionalanästhesie kann die Schmerzausschaltung ungenügend sein. Es ist aber jederzeit möglich, eine Teilnarkose mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln oder mit einer Vollnarkose zu ergänzen.

– Intravenöse Regionalanästhesie (IVRA)

Intoxikation (unerwartet starke Nebenwirkungen der lokalen Betäubungsmittel).

Sedation „Beruhigung“ (meist als Narkosevorbereitung oder in Ergänzung zur Teilnarkose)

Dämpfung der Atmung, Bewusstseinsverminderung (z.B. reduzierte Erinnerung für die Zeit der Wirkung resp. der Operation).

Ich wurde genügend über die bevorstehende Anästhesie aufgeklärt und bin mit der vorgesehenen Methode und eventuell notwendigen Zusatztechniken einverstanden. Das Informationsblatt habe ich gelesen.
Bitte unten unterschreiben!

Ich fühle mich nicht ausreichend aufgeklärt und wünsche präoperativ ein Gespräch mit dem Anästhesisten

Wird vom Anästhesisten ausgefüllt:

Individuelle Risiken:

Besonderes:

Geplantes Anästhesieverfahren: IVRA ; präoperativ Dafalgan 1 g po ja nein

Datum: Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/r:

Unterschrift Anästhesistin/Anästhesist: