

Dr. med. Rommel und Kollegen

Heining Str.16

71554 Weissach

FA für Anästhesiologie, Schmerztherapie,
Intensiv- und Notfallmedizin**Email:** info@dr-rommel.de**Tel.:** 0179 6990737**Fax:** 07191 1870325**www.dr-rommel.de**

BITTE VOR DEM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH LESEN!

Liebe Eltern!

Die bei Ihrem Kind geplante Operation soll in Narkose (Allgemeinanästhesie) erfolgen.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Sie wissen möchten.

Die Narkose

eignet sich für Eingriffe in allen Körperregionen und kann auch bei speziellen Untersuchungen (z.B. Röntgen, Kernspintomographie) notwendig sein. Sie schaltet Schmerzempfinden und Bewusstsein aus. Das Kind befindet sich in einem tiefschlafähnlichen Zustand.

Bei **größeren Kindern** wird meist ein Narkosemittel in eine Vene eingespritzt (intravenöse Narkose).

bei **kleineren Kindern** wird die Narkose häufig über eine Maske eingeleitet.

Bei längerdauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt, oder das Kind erhält zusätzlich gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff:

über eine **Maske**, die auf Mund und Nase aufliegt (Maskennarkose) oder

über einen **Tubus** (Beatmungsschlauch), der auf dem Kehlkopf aufsitzt (Larynxmaske) oder in die

Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose), nachdem das Kind eingeschlafen ist.

Die Intubation erleichtert die Beatmung und verringert die Gefahr des Einatmens von Speichel oder Mageninhalt. Sie ermöglicht die Gabe muskelerschlaffender Medikamente, die den Bedarf an Narkosemitteln reduzieren und die Operationsbedingungen verbessern.

Eine Kombination von Narkose und Regionalanästhesie kann den Bedarf an Narkosemitteln weiter verringern, die Aufwachphase verkürzen und eine weitgehend schmerzfreie Zeit nach der Operation gewährleisten. Ist dies bei Ihrem Kind vorgesehen, werden wir Sie darüber gesondert informieren.

Narkoserisiken

Der Anästhesist überwacht die Körperfunktionen, um Komplikationen vorzubeugen, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können.

Lebensbedrohende Komplikationen, z.B. Herz-Kreislauf- bzw. Atemstillstand, Einatmen von Erbrochenem, Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) durch verschleppte Blutgerinnsel (Thromben) und schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen sind äußerst selten, selbst bei Patienten in hohem Lebensalter, in schlechtem Allgemeinzustand oder mit Begleiterkrankungen. Bei zehntausenden von Narkosen ereignet sich nur **ein** schwerer Anästhesiez Zwischenfall.

Unerwünschte Wirkungen von Betäubungsmitteln und anderen Medikamenten (z.B. Infusionslösungen) können vor allem bei Überempfindlichkeit und bei Vorerkrankungen auftreten, nach denen wir in der Anamnese fragen. **Übelkeit und Erbrechen** sind durch die neuen Verfahren seltener geworden. Selten kommt es zu einem **krampfartigen Verschluss der Luftwege**, der sich in aller Regel beherrschen lässt.

Äußerst selten steigt die Körpertemperatur infolge einer massiven **Stoffwechsellentgleisung** extrem an (**maligne Hyperthermie**).

Die Intubation kann vorübergehend **Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit** verursachen, sehr selten sind Stimmbandschädigungen mit **bleibenden Stimmstörungen** (Heiserkeit) und **Atemnot**. **Zahnschäden** sind insbesondere bei lockeren Zähnen möglich. Bei nasaler Intubation sind Verletzungen der Nasenschleimhaut, der Nasenmuscheln und ggf. Nasenbluten möglich.

Lähmungen an Armen oder Beinen durch Druck oder Zerrung, durch die Lagerung während der Narkose lassen sich nicht absolut sicher ausschließen, sie bilden sich meist innerhalb weniger Monate zurück.

BITTE UNBEDINGT BEACHTEN !!

Vor dem Eingriff:

(Sofern ärztlich nicht anders angeordnet)

darf das Kind **6 Stunden nichts essen** (auch keine Süßigkeiten, Obst, Kaugummi o.ä.)
2 Stunden nichts trinken.

Sagen Sie es der Ärztin/dem Arzt, wenn Ihr Kind doch etwas zu sich genommen hat.

Medikamente nur nach Absprache mit dem Anästhesisten geben.

Kontaktlinsen, Zahnregulierungsspangen u.ä. herausnehmen, Ringe, Schmuck ablegen und sicher aufbewahren, wir können dafür keine Haftung übernehmen.

Bitte verständigen Sie bei schwerer Übelkeit und Erbrechen sowie bei Halsschmerzen, Heiserkeit und Sprachstörungen nach einer Intubationsnarkose sofort die Ärztin/den Arzt.

Nach einem ambulanten Eingriff:

Nach Beendigung der Narkose ist Ihr Kind noch nicht straßenfähig und unter Umständen noch nicht gehfähig. Holen Sie es bitte ab und stellen Sie die häusliche Betreuung für die ersten **24 Stunden** sicher. Das Kind sollte am gleichen Tag unter Beaufsichtigung in der Wohnung bleiben.

Wenigstens ein Elternteil sollte zum Aufklärungsgespräch erscheinen. Gegebenenfalls werden wir Sie von uns aus zu einem Gespräch bitten oder Ihnen fernmündlich Fragen stellen. Soweit möglich, werden wir das Anästhesieverfahren auch mit Ihrem Kind besprechen.

Falls Sie als Sorgeberechtigte(r) entscheiden und nicht zum Aufklärungsgespräch kommen können: Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das die Ärztin/der Arzt wählt.

Im Aufklärungsgespräch

mit Frau / Herrn Dr. _____

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

wurden u.a. erörtert: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe, Verhaltensregeln nach erfolgter Operation, sowie Notwendigkeit einer engen Betreuung durch Aufsichtspersonen für 24 Stunden.

MH _____ ; Aspiration _____ ; perioperativer Verlauf _____ ; postoperatives Verhalten _____ ; Intubationsprobleme _____ ; Herz-Kreislauf-Probleme _____ ; Anaphylaxie _____ ; Einblutung _____ ; Infektion _____ ; Gefäß-/Nervenschädigung _____ ;

Den für mich bestimmten Informationsteil habe ich erhalten und gelesen, die Verhaltensweise werde ich beachten. Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich verzichte auf die Mitnahme einer Kopie des Aufklärungsbogens.

Einwilligung: Nach gründlicher Überlegung willige ich für den Eingriff _____ ein

in: Maskennarkose/Intubationsnarkose Spezielles Verfahren: _____

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Datum, Uhrzeit

Patientin / Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte*

Ärztin / Arzt

* Unterschrift ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder daß er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____ (Name der betreuenden Person) erkläre mich einverstanden, dass in der Anästhesiepraxis Dr. Rommel und Kollegen erforderliche Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über erforderliche Aufbewahrungsfristen
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

- Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen.
- Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters