NÖGKK
NÖ Gebietskrankenkasse
Wir vorsorgen Sie!

nö
Landes-Zielsteuerungskommission

ZAHNAMBULATORIUM
ST. PÖLTEN und WR. NEUSTADT

Ärztlicher Leiter: Prim. DDr. Franz Schuster, MSc, MSc

Kremser Landstraße 3
3100 **St. Pölten**
Telefon: 050899-1860
Telefax: 050899-1880

Wiener Straße 69
2700 **Wr. Neustadt**
050899-2260
050899-2280

Angaben zum Patienten:

Name:_____

SV-Nr.: _____

Aufklärungsgespräch am: _____

Tag des Eingriffs: _____

Zuständige/r Anästhesist/in: _____

Einwilligung in die Anästhesiebehandlung

Formular für Erwachsene

Vom Patienten auszufüllen:

*Name des Patienten:*_____

*Wohnadresse:*_____

Telefonnummer (unter der Sie erreichbar sind): _____

Geb.-Datum des Patienten: _____

Begleitung des Patienten

nach Hause nach der OP durch: _____

Häusliche Betreuung des Patienten in

*den ersten 24 Stunden nach der Operation:*_____

Kann Sie Ihr Hausarzt innerhalb von 30 min. erreichen? ☐ Ja ☐ *Nein*

*Name und Adresse des Hausarztes:*_____

Bitte füllen Sie den Fragebogen auf den folgenden Seiten vollständig und gewissenhaft aus, damit wir einen Eindruck von möglichen Risiken, Vorerkrankungen sowie Medikamenteneinnahmen gewinnen können. Nehmen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen sowie die erforderlichen Befunde zum Aufklärungsgespräch mit. Unsere Anästhesistin/unser Anästhesist wird dann mit Ihnen die Unterlagen gemeinsam durchgehen und besprechen.

Da Ihre **Sicherheit** von der **Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben abhängt**, beantworten Sie bitte den umseitigen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen!

Ihre Angaben unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht**, sind jedoch für die Wahl des geeigneten Betäubungsverfahrens sowie die Dosierung der Medikamente von entscheidender Bedeutung! Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht unsere Anästhesistin/unseren Anästhesisten zu kontaktieren.

Bitte wenden!

Allgemeine Informationen

Die meisten Operationen und schmerzhaften Untersuchungen werden heutzutage unter Ausschaltung der Schmerzempfindung durch einen **Anästhesisten/eine Anästhesistin** vorgenommen. Auch die Zahnbehandlung in Narkose im Ambulatorium der NÖGKK wird **unter Vollnarkose** durchgeführt. Vor dem ambulanten Eingriff wird sich ein Ärzteteam (Anästhesist/Anästhesistin bzw. Zahnarzt/Zahnärztin) in Ruhe mit Ihnen unterhalten, Ihnen den Ablauf der Narkose erklären sowie Ihre Fragen und Sorgen besprechen.

Unsere Ärzte entscheiden bei dieser Voruntersuchung, ob Sie bei uns im Ambulatorium behandelt werden können. Darüber hinaus erfolgen die Behandlungen bei Personen mit schwerwiegenden Nebenerkrankungen (z.B. multimorbide Patienten) weiterhin im Landesklinikum St. Pölten.

Die Zahnbehandlung wird bei Ihnen in Vollnarkose durchgeführt. Hierbei werden die Narkosemedikamente in eine Vene gespritzt. Innerhalb weniger Sekunden tritt Schlaf und Schmerzunempfindlichkeit ein. Alle Atem- und Kreislauffunktionen werden kontinuierlich überwacht, die Beatmung wird unter Verwendung einer Gesichts- oder Kehlkopfmaske bzw. eines Luftröhrentubus (Tubus = Schlauch) durchgeführt. Nach **Ende der Operation sind Sie nach nur wenigen Minuten wach und ansprechbar** und erholen sich **im Aufwachraum je nach Eingriff bis zu 4 Stunden**. Nach **ärztlicher Freigabe durch die Anästhesistin/den Anästhesisten** können Sie **unter Begleitung die Ordination wieder verlassen**.

Sogenannte **„Narkosezwischenfälle“** wie Herzrhythmusstörungen, Herz-/Kreislaufstillstand, Beatmungsprobleme, Embolien, Thrombosen, Maligne Hyperthermie (= genetisch bedingte Stoffwechselstörung, die zum Muskelzerfall führen kann), sowie das Einatmen von Mageninhalt in die Lunge (=Aspiration) sind extrem selten bzw. umgehend zu erkennen und zu behandeln. **Mögliche Komplikationen** nach einer Vollnarkose sind Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Missempfindungen, Übelkeit, Erbrechen sowie lagerungsbedingte Schäden (z.B. Druckschäden). Der für die Narkose erforderliche Venenzugang (Nadel, Tropf) kann zu Venenreizungen und Hämatomen (=Bluterguss) führen. Medikamentenbedingte allergische Reaktionen sind ebenfalls möglich, aber selten. Angst vor Infektionen mit Hepatitis- oder HIV-Viren (AIDS) brauchen Sie nicht zu haben, da bei der für Sie geplanten Operation eine Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen grundsätzlich nicht vorgesehen ist.

Fragebogen ausgefüllt mitnehmen!

1. Alter (in Jahren): _____ Größe (in cm): ____ ___ Gewicht (kg): _____
2. Beruf: _____
3. Sportarten: _____
4. Sind Sie Raucher? ☐ nein ☐ ja, und zwar ____Zigaretten/Tag
5. Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____/ Tag
6. Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____Schwangerschaftswoche
7. Ich nehme regelmäßig Medikamente: ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
8. Ich hatte Operationen (Datum in Klammer) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

   _____
9. Ich hatte bei früheren Narkosen Probleme: ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
10. Ich litt an Übelkeit/Erbrechen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
11. Ich bin ständig oder manchmal in ärztlicher Behandlung ☐ nein ☐ ja, wegen _____
12. Ich bekam Bluttransfusionen: ☐ nein ☐ ja, Komplikationen _____
13. Ich trage Zahnersatz: ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
14. Ich habe schlechte oder lockere Zähne: ☐ nein ☐ ja
15. Ich vertrage Obst/Süßigkeiten schlecht: ☐ nein ☐ ja
16. Ich bin allergisch (Tierhaare, Medikamente,…) ☐ nein ☐ ja, und zwar auf _____
17. Ich leide oder litt an einer der folgenden Erkrankungen:
    a. Herz (Angina pektoris, Infarkt, Herzfehler…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    b. Kreislauf (Bluthochdruck, niederer Blutdruck, Kollapsneigung…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    c. Gefäß (Krampfadern, Raucherbein, Schlaganfall…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    d. Lungen (chron. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose,…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    e. Leber (Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    f. Nieren (Steinleiden, Prostataleiden…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    g. Stoffwechsel (Diabetes, Gicht…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    h. Muskel (Maligne Hyperthermie, Myasthenie, Polio…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    i. Schilddrüsen (Kropf, M. Basedow…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    j. Knochen (Rheuma, Coxarthrose, Wirbelsäule…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    k. Nerven- oder Gemütsleiden (Multiple Sklerose, Depressionen…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    l. Augenleiden (Grauer Star, Grüner Star…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____
    m. Krebserkrankung ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Bitte wenden!

n. Blut (Bluter, Anämie, Leukämie, AIDS…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

o. Blutungen/Blutergüsse (blaue Flecken…) ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

18. Ein Blutsverwandter von mir hat(te)

a. eine Muskelerkrankung ☐ nein ☐ ja

b. eine Bluterkrankung ☐ nein ☐ ja

c. einen Narkosezwischenfall: ☐ nein ☐ ja

Einwilligungserklärung

Ich wurde heute durch Frau/Herrn Dr. _____ über das bei mir durchzuführende Anästhesieverfahren aufgeklärt und über eventuelle Risiken informiert.

Ich habe die mit diesem Blatt erhaltenen Informationen, den Fragebogen sowie die Ausführungen des Anästhesisten/ der Anästhesistin **vollinhaltlich verstanden** und habe **keine weiteren Fragen mehr**.

Ohne Zeitdruck **willige ich hiermit in die Zahnbehandlung in Vollnarkose**, samt den eventuell notwendigen Nebeneingriffen **ein**, und wurde über die daraus resultierenden Risiken ausreichend informiert.

Ich bestätige, dass ich entsprechend den Hinweisen nüchtern (6 Stunden vor der OP nichts mehr essen und trinken) **zur Narkose erscheine**, dass ich alle Fragen ausführlich und nach bestem Wissen beantwortet habe und **dass mir bekannt ist, dass ich nach der Operation in Vollnarkose kein Fahrzeug lenken darf, keine gefährliche Maschinen bedienen und keinen Alkohol trinken oder Zigaretten rauchen darf.**

Sollte aufgrund eines zu schlechten Zustandes des Zahnes/der Zähne eine Zahnsanierung nicht mehr möglich sein, bin ich damit einverstanden, dass eine Extraktion des betroffenen Zahnes/der betroffenen Zähne vorgenommen wird.

Ich habe Vorbehalte bezüglich: _____

_____

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des Sachwalters/der Sachwalterin:

_____

Unterschrift des Arztes/Ärztin: _____