

Dr. med. Marcello Orlandi  
Dr. med. Sabine Beeler  
Dr. med. Ana Maria Kunz  
Prof. Dr. med. Felix Stickel  
Dr. med. Matyas Czepan

DKG  
KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes  
Darmkrebszentrum

GASTROZENTRUM  
OBACH

Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

## Informationsblatt für Endoskopie mit Anästhesie

Liebe Patientin/Lieber Patient

Sie haben einen Termin für eine Endoskopie mit Anästhesie bei uns.

Ihr Termin:  
Behandelnde/r Ärztin/Arzt:

Bitte melden Sie sich **15 Minuten vor der vereinbarten Zeit** in unserer Praxis.

**Bitte senden Sie uns:**

- den Bogen Anästhesieaufklärung und Einwilligung sowie
- den Anästhesie-Fragebogen

**bis spätestens zwei Wochen vor dem Untersuchungstermin ausgefüllt und unterschrieben mit beiliegendem frankiertem Rücksendecouvert zu.**

Hinweis: Ihr Termin ist uns wichtig und deshalb verbindlich. Im **Verhinderungsfall** bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen. Wir behalten uns vor, bei unentschuldigter Absenz einen Unkostenbeitrag zu erheben.

Wir freuen uns Sie bei uns begrüßen zu dürfen.

Praxis-Team Gastrozentrum Obach

Glutz-Blotzheim-Strasse 3  
4500 Solothurn  
Tel. 032 621 51 11  
gastrozentrum-obach@hin.ch

Storchengasse 6  
2540 Grenchen  
Tel. 032 654 14 44  
gzo-grenchen@hin.ch

Dr. med. Marcello Orlandi  
Dr. med. Sabine Beeler  
Dr. med. Ana Maria Kunz  
Prof. Dr. med. Felix Stickel  
Dr. med. Matyas Czepan



Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

### **Anästhesie TEAM Biel**

Frau Dr. med. Anna Szücs, FMH Anästhesie  
Frau Elsbeth Corti, Anästhesiepflegefrau, NDS HF  
Frau Jacqueline Römer, Anästhesiepflegefrau, NDS HF  
Neuenburgstrasse 24, 2505 Biel  
anaesthesieteambiel@bluewin.ch

### **Anästhesieaufklärung und Einwilligung**

#### **Patientenetikette aufkleben!**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist in nächster Zeit eine Anästhesie vorgesehen. Das vorliegende Aufklärungsblatt soll Ihnen zur Vorbereitung auf das persönliche Gespräch mit dem Anästhesiemediziniker dienen. Zusammen mit Ihnen wird das Anästhesieverfahren festgelegt, das sich für den vorgesehenen Eingriff am besten eignet und Sie am wenigsten belastet. Die Sicherheit aller Anästhesieverfahren ist heute sehr gross und alle lebenswichtigen Körperfunktionen wie Herztätigkeit, Kreislauf- und Atemfunktion werden lückenlos überwacht. Wir fühlen uns aber verpflichtet, sie im Folgenden über Risiken, auch über sehr seltene, zu informieren.

#### **Allgemeine Anästhesierisiken**

Das Risiko von lebensbedrohlichen Zwischenfällen wie Atem- und Kreislaufstillstand oder Narkosefieber (maligne Hyperthermie) ist äusserst gering. Sehr selten sind auch allergische Reaktionen und Nervenschädigungen. Unangenehme Beschwerden, die nach der Anästhesie auftreten können, aber nicht lange anhalten, sind Übelkeit und Erbrechen, Kältezittern, Kältegefühl, Juckreiz, Bluterguss, Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen sowie Schwierigkeiten beim Wasserlösen.

Zusätzliche Risiken sind möglich, wenn spezielle Massnahmen durchgeführt werden müssen. Hierzu zählen die Einlage von Kathetern in bestimmte Blutgefässe oder die Gabe von Blut und Blutbestandteilen (Bluttransfusion).

#### **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)**

Durch eine Allgemeinanästhesie werden Schmerzempfinden und Bewusstsein mit verschiedenen Medikamenten solange ausgeschaltet, bis der Eingriff beendet ist. Meistens muss die Atmung künstlich unterstützt werden, wovon Sie aber nichts spüren.

**Spezielle Risiken:** Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Aspiration, Stimmbandverletzung, Zahnschäden, insbesondere schon beschädigter Zähne, Wachsein während der Anästhesie (sehr selten).

#### **Sedation, Dämmer Schlaf**

Verminderung der Wahrnehmung durch Medikamente, die zu einem oberflächlichen Schlaf und evtl. zu einer „Erinnerungslücke“ führen können.

**Spezielle Risiken:** Dämpfung der Atmung, Aspiration.

Dr. med. Marcello Orlandi  
Dr. med. Sabine Beeler  
Dr. med. Ana Maria Kunz  
Prof. Dr. med. Felix Stickel  
Dr. med. Matyas Czepan



Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

**Zu Ihrer Sicherheit**

**Eine gewisse Zeit vor der Anästhesie dürfen Sie nichts mehr essen und trinken.**

**Bei einer Gastroskopie (Magenspiegelung):**

Siehe separates Blatt Informations- und Vorbereitungsblatt für die Magenspiegelung.

**Bei einer Koloskopie (Darmspiegelung):**

Essen und Trinken gemäss Abführschema der Praxis Orlandi, **mit Anästhesie jedoch 6 Stunden vor Eintritt in die Praxis nichts mehr essen und trinken.**

**Halten Sie sich bitte strikt an die Weisungen.**

Lassen Sie ihren Schmuck und Wertsachen zuhause. Wenn Sie Kontaktlinsen tragen ist es besser, wenn Sie diese nicht einlegen, sondern die Brille tragen.

Sobald Sie sich von der Anästhesie erholt haben und Sie sich wohl fühlen, werden Sie nach Hause entlassen. Sie müssen von einer Begleitperson nach Hause gebracht werden. Günstig ist, wenn Sie in den ersten 24 Stunden nicht alleine sind und Sie eine Unterstützung organisiert haben.

Sie dürfen bis zum nächsten Morgen nicht selbständig am Strassenverkehr teilnehmen sowie keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Der Anästhesist/ Die Anästhesistin wird Sie einige Tage vor dem Eingriff / Narkose noch telefonisch kontaktieren und kann dank Ihrem ausgefüllten Fragebogen noch gezielt Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

Wir bitten Sie, alles zu fragen, was Ihnen unklar ist und Ihre Fragen unten aufzuschreiben.

Ihre Fragen:

.....  
.....  
.....

Zusätzliche Notizen der Ärztin/ des Arztes zum Aufklärungsgespräch:

.....  
.....  
.....

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Ich habe mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiearzt das Anästhesieverfahren, inklusive dessen Risiken besprochen und willige in die anästhesiologische Behandlung ein. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet werden können.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Anästhesieärztin/Anästhesiearzt

.....

Dr. med. Marcello Orlandi  
Dr. med. Sabine Beeler  
Dr. med. Ana Maria Kunz  
Prof. Dr. med. Felix Stickel  
Dr. med. Matyas Czepan

Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

### Anästhesie TEAM Biel

Frau Dr. med. Anna Szücs, FMH Anästhesie  
Frau Elsbeth Corti, Anästhesiepflegefrau, NDS HF  
Frau Jacqueline Römer, Anästhesiepflegefrau, NDS HF  
Neuenburgstrasse 24, 2505 Biel  
anaesthesieteambiel@bluewin.ch

### Anästhesie-Fragebogen

Bitte alle Blätter ausfüllen. Entsprechendes ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

### Patientenetikette aufkleben!

#### Geplante Operation

Was wird operiert?

.....

Welcher Arzt operiert Sie?

.....

Datum der geplanten Operation?

.....

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Check-up durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

#### Frühere Operationen

Wann?.....

Welche? .....

#### Art der Anästhesie

Vollnarkose

Teilnarkose

Wann?.....

Welche? .....

Vollnarkose

Teilnarkose

Wann?.....

Welche? .....

Vollnarkose

Teilnarkose

Wann?.....

Welche? .....

Vollnarkose

Teilnarkose

#### Sind dabei Zwischenfälle bei der Anästhesie aufgetreten?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

#### Traten nach der Anästhesie Beschwerden auf?

Ja  Nein

Übelkeit/Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden, Hals- und Schluckbeschwerden,  
Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen, Blutungen?

Andere? .....

**Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

**Allgemeine Fragen**

**Gewicht:** .....

**Grösse:** .....

**Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?**

Ja  Nein

Wenn ja, weshalb? .....

**Rauchen Sie regelmässig?**

Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? .....

**Trinken Sie regelmässig Alkohol?**

Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? .....

**Nahmen oder nehmen Sie Drogen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

**Könnte eine Schwangerschaft bestehen?**

Ja  Nein

**Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?**

Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Transfusion?  Ja  Nein

Haben Sie diese gut vertragen?  Ja  Nein

**Tragen Sie einen Zahnersatz?**

Ja  Nein

Herausnehmbare Prothese, Stiftzahn, Implantate, Jacketkrone

**Haben Sie lockere Zähne?**

Ja  Nein

**Tragen Sie ein Hörgerät?**

Ja  Nein

**Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?**

Ja  Nein

**Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?**

**Herz**

Ja  Nein

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Atemnot bei Anstrengungen oder beim Flachliegen oder

**Kreislauf**

Ja  Nein

Bluthochdruck, niedriger Blutdruck oder

**Gefässe**

Ja  Nein

Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen oder

Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

**Lungen und Atemwege**

Ja  Nein

Lungenentzündungen, Tuberkulose, Staublunge, Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf oder

**Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Gallenblase**

Ja  Nein

Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme, Gallensteine, Hepatitis oder

**Stoffwechsel**

Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette oder

**Schilddrüse**

Ja  Nein

Über- oder Unterfunktion, Kropf, oder

**Nieren und Harnwege**

Ja  Nein

Nierensteine, Entzündungen, erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Blasenentzündungen oder

**Augen**

Ja  Nein

Linsentrübung, grüner Star, Pupillendifferenz, Sehstörungen, Sehschwäche oder

**Bewegungsapparat**

Ja  Nein

Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen.

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen bei Ihnen oder

Blutsverwandten

Ja  Nein

**Blut**

Ja  Nein

Blutgerinnungsstörung (häufiges Nasen- und Zahnfleischbluten, blaue Flecken), Blutarmut (Anämie), sehr starke Monatsblutungen, oder

**Nerven**

Ja  Nein

Hirnschlag oder Streifung, Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen, Gefühlsstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Migräne oder

**Gemüt**

Ja  Nein

Depression oder

**Allergie**

Ja  Nein

Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle oder

Dr. med. Marcello Orlandi  
Dr. med. Sabine Beeler  
Dr. med. Ana Maria Kunz  
Prof. Dr. med. Felix Stickel  
Dr. med. Matyas Czepan



Fachärzte FMH für Gastroenterologie und Hepatologie  
www.gastrozentrum-obach.ch

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**  Ja  Nein  
Welche?

.....

**Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?**

.....  
.....  
.....

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich habe das Anästhesieaufklärungsblatt gelesen. Ich bin darüber informiert, dass am Eintrittstag der betreuende Anästhesiearzt noch ein persönliches Gespräch mit mir führen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

-----

Notizen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....