

## ANÄSTHESIOLOGISCHE VERFAHREN ZU OPERATIONEN IN DER AUGENHEILKUNDE

Lieber Patient/in,

bei Ihnen soll eine Operation im Bereich des Auges durchgeführt werden.

Um diesen Eingriff sicher durchzuführen werden wir Ihnen, abhängig von Ihrem Gesundheitszustand, Ihren Vor- und Begleiterkrankung, ein speziell auf Sie abgestimmtes anästhesiologisches Verfahren empfehlen.

In einem Aufklärungsgespräch werden wir Sie umfassend über Verfahren, Risiken und postoperatives Verhalten aufklären.

### Retro-/Parabulbäranästhesie:

Mittels einer Injektion durch die Lidhaut unterhalb des Auges wird ein Gemisch aus örtlichen Betäubungsmitteln um und hinter das Auge appliziert/gespritzt.

Die das Auge und die Umgebung versorgenden Nerven werden hierdurch betäubt, sodass Schmerzfreiheit und Bewegungsunfähigkeit des Auges erreicht wird.

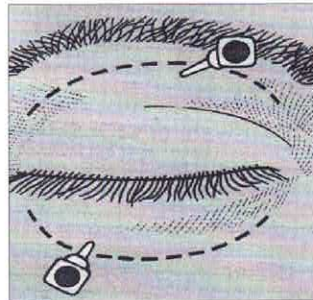
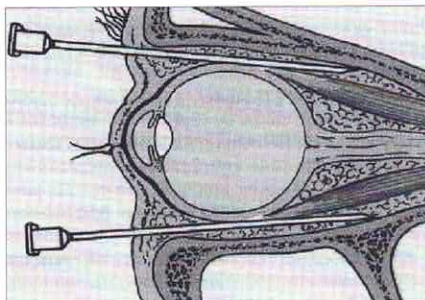
Damit dieses sichere Verfahren durchgeführt werden kann, werden Sie mittels eines speziellen Medikamentes in Kurz-Schlaf versetzt.

Zur besseren Verträglichkeit und Minderung des Operationsstresses werden bei Bedarf entsprechen Beruhigungsmittel verabreicht.

### Komplikationen:

Da kein ärztlicher Eingriff risikofrei ist, informieren wir Sie über mögliche **seltene** und **extrem seltene** Komplikationen:

- Blutungen hinter dem Auge mit Einengung und Verletzung des Sehnervens bis hin zur Erblindung
- Verletzung des Augapfels, der Netzhaut, Infektionen, Netzhautverletzungen, extrem selten Verlust des Sehvermögens des Partnerauges.



### Tropfanästhesie:

Zunächst wird die Augenoberfläche mittels spezieller Tropfen betäubt.

Hierunter wird das Auge eröffnet und zusätzlich ein Betäubungsmittel in das Augeninnere eingebracht.

Es wird Schmerzfreiheit erreicht. Die Beweglichkeit des Auges bleibt erhalten, sodass eine gewisse Mitarbeit des Patienten notwendig ist (Auge ruhig halten).

**Vorteil:** die Katarakt-Operation kann unter gerinnungshemmenden Medikamenten wie Marcumar und Clopidrogel durchgeführt werden.

Zur besseren Verträglichkeit und Minderung von Herzkreislaufreaktionen während der Operation werden bei Bedarf entsprechende Beruhigungsmittel verabreicht.

Bestimmte Vorerkrankungen und Begleitsymptome wie Asthma, Husten, Unruhe, Morbus Parkinson, best. Herz-Kreislaufkrankungen wie schwer einstellbarer Bluthochdruck können ein Vollnarkoseverfahren notwendig machen.

### **Allgemeinanästhesie:**

schaltet das Bewusstsein und Schmerzempfinden aus. Der Patient befindet sich in einem schlafähnlichen Zustand. Meist wird ein Narkosemittel in eine Vene eingespritzt (intravenöse Anästhesie). Bei längerdauernden Eingriffen wird die Einspritzung wiederholt oder es werden gasförmige Narkosemittel und Sauerstoff verabreicht.

Nachdem der/die Patient/in eingeschlafen ist wird diese

- über eine Maske, die auf Mund und Nase aufliegt (Maskennarkose)
- über einen Tubus (Beatmungsschlauch), der auf dem Kehlkopf aufsitzt (Larynxmaske) oder in die Luftröhre eingeführt wird (Intubationsnarkose), gegeben.

Die Intubation und Larynxmaske erleichtern die Beatmung und verringern die Gefahr des Einatmens von Speichel oder Mageninhalt (Aspiration). Sie ermöglicht die Gabe von muskelerschlaffenden Medikamenten, die den Bedarf an Narkosemitteln reduzieren und die Operationsbedingungen verbessern.

### **Allgemeine mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen**

Während der Operation überwacht der Anästhesist die Körperfunktionen um Komplikationen vorzubeugen und frühzeitig zu behandeln, die sich aus dem Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben können.

Äußerst selten sind, selbst bei Patienten im hohen Lebensalter und in schlechtem Allgemeinzustand oder mit Begleiterkrankungen, lebensbedrohende Komplikationen wie z. B. Herz-Kreislauffunktionsstörungen, Atemstillstand, Einatmen von Erbrochenem, Verschluss von Blutgefäßen (Embolien), durch verschleppte Blutgerinnsel (Thromben) und schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen.

Bei zehntausenden von Anästhesien ereignet sich nur ein schwerer Anästhesiezwischenfall.

Übelkeit, Erbrechen, krampfartiger Verschluss der Atemwege sind selten geworden.

Heiserkeit, Zahnverletzungen, Stimmbandschäden können bei der Intubation auftreten

Lagerungsschäden während der Narkose lassen sich nicht absolut ausschließen, bilden sich aber meistens kurzfristig oder in wenigen Monaten zurück.

## **VERHALTEN VOR DEM EINGRIFF UND NACH DEM EINGRIFF BITTE UNBEDINGT BEACHTEN!**

### **Wichtig!**

falls Sie gerinnungshemmende Medikamente auf Grund Ihrer Vorerkrankungen einnehmen müssen informieren Sie uns unbedingt! Dieses ist zur Auswahl des für Sie optimalen Anästhesieverfahren notwendig.

Weitere Informationen und Verhaltensweisen werden Sie im Aufklärungsgespräch erfahren.

### **Vor dem Eingriff:**

- 6 Stunden Nüchternheit (kein Essen, kein Kaugummi, Bonbon), nicht Rauchen.  
1-2 Glas Wasser bis 2 Stunden vor der OP auch zur Einnahme von Medikamenten erlaubt.
- Zahnprothesen, Kontaktlinsen, Piercing entfernen, Nagellack und Make up entfernen.

### **Nach dem Eingriff:**

- der Patient muss nach der Operation von einer Begleitperson abgeholt werden. Die häusliche Versorgung muss für 24 Stunden gewährleistet sein.
- innerhalb von 24 Stunden darf weder aktiv am öffentlichen Straßenverkehr teilgenommen werden, noch dürfen laufende Maschinen bedient werden, keine wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

**Bitten lesen Sie diesen Fragebogen sorgfältig durch, füllen diesen aus und besprechen ihre Fragen mit dem aufklärendem Anästhesisten/in.**

# ANAMNESE FRAGENBOGEN (bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen)

**Patient**

weiblich     männlich

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Alter/Jahre                      Gewicht/KG                      Größe/cm

\_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf

**Dieser Abschnitt wird vom Arzt ausgefüllt!**

\_\_\_\_\_  
Geplanter Eingriff

\_\_\_\_\_  
Anästhesie

\_\_\_\_\_  
Termin

\_\_\_\_\_  
ASA

Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.

N = Nein                       J = Ja

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit?  
Weswegen?                       N     J

2. Einnahme von Medikamenten  
in den letzten Tagen oder Wochen?                       N     J  
Schmerzmittel (z.B. Aspirin), gerinnungshemmende  
Mittel (z.B. Marcumar), Schlafmittel, Abführmittel  
„Antibabypille“ oder

3. Frühere Operationen?                       N     J

\_\_\_\_\_  
bitte Eingriff bezeichnen

4. Beschwerden nach einer früheren  
Narkose/örtlichen Betäubung?                       N     J

Welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten  
im Zusammenhang mit der Anästhesie auf?                       N     J

5. Wurden schon einmal Blut oder  
Blutbestandteile übertragen (Transfusion)?                       N     J

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen?                       N     J

6. Bei Patientinnen:  
Besteht die Möglichkeit  
einer Schwangerschaft?                       N     J

7. Wissen Sie oder gibt es Hinweise  
für jetzige oder frühere Erkrankungen?

Herz/Kreislauf                       N     J  
Rhythmusstörungen, Herzfehler,  
Angina pectoris, Herzinfarkt,  
Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger  
Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen

oder \_\_\_\_\_

Gefäße:                       N     J  
Krampfadern, Thrombosen,  
Durchblutungsstörungen

oder \_\_\_\_\_

Atemwege/Lunge:                       N     J  
chronische Bronchitis, Asthma,  
Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung

oder \_\_\_\_\_

Leber:                       N     J  
Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber,  
Gallensteine

oder \_\_\_\_\_

Nieren:                       N     J  
erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht,  
Nierenentzündung, Nierensteine

oder \_\_\_\_\_

Speiseröhre, Magen, Darm:                       N     J  
Geschwür, Engstelle

oder \_\_\_\_\_

Stoffwechsel:                       N     J  
Zuckerkrankheit, Gicht

oder \_\_\_\_\_

Schilddrüse:                       N     J  
Unter- oder Überfunktion, Kropf

oder \_\_\_\_\_

Skelettsystem:                       N     J  
Gelenkserkrankungen,  
Bandscheibenbeschwerden,  
Schulter-Arm-Syndrom

oder \_\_\_\_\_

Nerven/Gemüt:                       N     J  
Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen,  
Depressionen

oder \_\_\_\_\_

Augen:                       N     J  
Grüner Star, Grauer Star,  
Kontaktlinsen

oder \_\_\_\_\_

Blut:  
Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten,  
blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw.  
nach leichter Berührung  N  J

oder \_\_\_\_\_

Muskeln:  
Muskelschwäche  N  J

oder \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Muskelerkrankungen bei  
Blutsverwandten bekannt?  N  J

Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder Über-  
empfindlichkeit gegen Nahrungsmittel,  
Fruchtzucker, Medikamente, Jod, Pflaster,  
Latex  N  J

oder \_\_\_\_\_

8. Andere Erkrankungen?  N  J

9. Lockere Zähne, Karies?  N  J

Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone)?  N  J

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

fehlender Zahn: O	4	3	2	1		1	2	3	4
lockerer Zahn: X									
Prothese: P	4	3	2	1		1	2	3	4

10. Schwerhörigkeit?  N  J

Hörgerät?  N  J

11. Raucher/in?  N  J

Wenn ja, was und wieviel täglich? \_\_\_\_\_

12. Alkoholkonsum?  N  J

nie  selten  regelmäßig  geringe Mengen  größere Mengen

Bier  Wein  hochprozentige Getränke

13. Häufige Einnahme von Schlaf- oder  
Beruhigungsmitteln?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

14. Einnahme von Drogen?  N  J

Welche? \_\_\_\_\_

15. Besonderheiten: \_\_\_\_\_

1. Wer übernimmt die häusliche Betreuung des  
Patienten in den ersten 12-24 Stunden?

\_\_\_\_\_  
(Name, Alter)

2. Ist eine ständige Betreuung gewährleistet?  N  J

3. Unter welcher Nummer ist der Patient  
telefonisch erreichbar?

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

4. Ist die Wohnung von unserer Praxis, oder  
von der Praxis des Hausarztes innerhalb  
von 30 Minuten erreichbar?  N  J

5. Steht ein Auto mit Fahrer zur Verfügung  
oder ist ein Taxi schnell erreichbar?  N  J

6. Hausarzt / überweisender Arzt:

\_\_\_\_\_  
Name PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Straße Tel.Nr.

**Im Aufklärungsgespräch mit Frau / Herrn Dr. \_\_\_\_\_**  KOPIE ERHALTEN

Ärztin / Arzt

Bitte Zutreffendes unterstreichen.

wurden u.a. erörtert: das Anästhesieverfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplika-  
tionen, risikoerhöhende Besonderheiten, Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Wahrscheinlichkeit einer Bluttransfusion,  
Möglichkeit einer Eigenblutspende) sowie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**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.

Begleitende Maßnahmen, die Sie ablehnen, bitte bezeichnen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Uhrzeit Patientin / Patient bzw. Betreuer / Bevollmächtigter /Sorgeberechtigte\* Ärztin / Arzt

**Weiterer Eingriff:** Ich bin einverstanden, daß folgender weiterer Eingriff erfolgt.

\_\_\_\_\_

(bitte Eingriff bezeichnen) (bitte Anästhesieverfahren bezeichnen)

Datum, Uhrzeit Patientin / Patient bzw. Betreuer / Bevollmächtigter /Sorgeberechtigte\*

\* Unterschrift ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, daß ihm das