

Praxis für ambulante Anästhesie

Dr. med. Knud Gastmeier
Facharzt für Anästhesiologie
Karl Marx Str. 42 14482 Potsdam - Babelsberg

Telefon: 0331 743070; Email: Knud.Gastmeier@t-online.de
Fax: 0331 7430725

Glanduläre Opioid Analgesie (GLOA) - Erwachsenen - Bogen Nummer: _____ Anästhesieaufklärungs-, Anamnese- und Informationsbogen

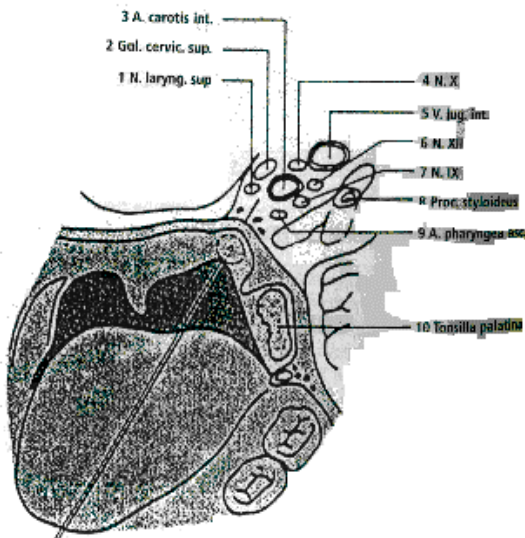
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Nr: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

aus einem der folgenden Gründen soll bei Ihnen



eine Ganglion – cervicale superius - Blockade (GLOA) durchgeführt werden: sympathisch unterhaltene Schmerzzustände des ersten und zweiten Trigeminasastes, postzosterische Neuralgie. links / rechts

Die Wirksamkeit dieses Verfahren (Opioidapplikation) konnte bisher nur empirisch nachgewiesen werden. Der Wirkungs-mechanismus ist nicht geklärt.

Diese Blockade wird relativ häufig in unserer Praxis durchgeführt und vom Patienten gut getragen. Es treten keine spezifischen Komplikationen auf, auch keine spezifischen Kontraindikationen. trotzdem müssen Sie über einige wichtige Nebenwirkungen und Komplikationen informiert und aufgeklärt sein.

Achtung: bei Gerinnungsstörungen (Marcumarpatienten), Infektion, Hämatom, Reizung von Nerven, Injektion in ein Blutgefäß.

Nebenwirkungen:

Übelkeit, Würgereiz, Schluckbeschwerden.

Obwohl schwere Zwischenfälle selten sind, wird das Risiko einer nicht erfolgten Blockade und dem Krankheitsrisiko durch Ihren behandelnden Arzt und dem Anästhesisten jeweils für den einzelnen Patienten bewertet und festgelegt. Die genaue Vorgehensweise wird im Anästhesiegespräch festgelegt. Bitte fragen Sie nach allem, was Sie für wichtig halten. Vor der Punktion müssen alle für Sie wichtigen Fragen geklärt sein.

Bitte beantworten Sie jetzt die folgenden Fragen, dies ist notwendig, um spezielle Risiken, die bei jedem Patienten unterschiedlich sein können, zu erkennen und so die Sicherheit erhöhen.

1. Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

2. Befinden Sie sich zur Zeit in eine ärztlichen Behandlung? •nein / •ja:

3. Für Frauen im gebärfähigem Alter: Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? •nein / •ja: _____

4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja weshalb?, welche? und wieviele? •nein / •ja:

5. Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja was?, wann? wo? und gab es dabei Probleme? •nein / •ja:

6. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? Wenn ja wann? Gab es dabei Probleme? •nein / •ja:

7. Bestehen bei Ihnen oder Blutsverwandten Muskelerkrankungen oder - schwächen?

•nein / •ja:

8. Bestehen bei Ihnen Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris)? •nein / •ja:

9. Bestehen bei Ihnen Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Krampfadern, Thrombose, Embolie)?
 •nein / •ja: _____
10. Bestehen bei Ihnen Lungen- und / oder Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Bronchitis)?
 •nein / •ja: _____
11. Bestehen bei Ihnen Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)?
 •nein / •ja: _____
12. Bestehen bei Ihnen Nieren- u. Harnwegserkrankungen (z.B. Entzündung, Steine, Geschwulst)?
 •nein / •ja: _____
13. Bestehen bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen (z. B Diabetes)?
 •nein / •ja: _____
14. Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung (z. B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?
 •nein / •ja: _____
15. Bestehen bei Ihnen Augenleiden (z. B. grüner Star)? Tragen Sie Kontaktlinsen?
 •nein / •ja: _____
16. Bestehen Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lähmungen)?
 •nein / •ja: _____
17. Bestehen bei Ihnen Gemütsleiden (z. B. Depression)?
 •nein / •ja: _____
18. Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulen-, Gelenkerkrankungen)?
 •nein / •ja: _____
19. Sind Bluterkrankungen (z. B. erhöhte Blutungsneigung, häufiges Nasenbluten) bei Ihnen bekannt?
 •nein / •ja: _____
20. Leiden Sie unter Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, unter welchen:
 •nein / •ja: _____
21. Leiden Sie u. a. nicht genannten Erkrankungen (z. B. Immunsystem, Hirnhaut, Tumoren u.a.m.)?
 •nein / •ja: _____
22. Sind allen Zähne fest? Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?
 •nein / •ja: _____
- 22a: Bestehen bei Ihnen Gesichtsdeformitäten (Unfall, Operation, Erkrankungen)?
 •nein / •ja: _____
23. Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, was und wieviel pro Tag? •nein / •ja:

24. Trinken Sie regelmäßige Alkohol? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?
 •nein / •ja: _____
25. Nehmen Sie nicht ärztlich verordnete Medikamente oder Drogen ein? Wenn ja, was und wieviel?
 •nein / •ja: _____
26. Tragen Sie ein Hörgerät? •nein / •ja: _____
27. Würden Sie noch weiteres nennen wollen, was ein mögliches Narkoserisiko erhöhen könnte?
 •nein / •ja: _____
28. Sonstiges, weitere Fragen?:
 •nein / •ja: _____

Einwilligungserklärung: (entsprechendes ankreuzen!)	ja	Nein
Ich habe den Anästhesiefragebogen verstanden und sorgfältig beantwortet:		
Ich bin nach meinen Wünschen umfassend über die Blockade aufgeklärt:		
Ich hatte genügend Zeit, um mich darüber zu informieren und zu beraten:		
Ich willige ein, daß die besprochen Blockadeserie durchgeführt wird.		

Weitere Anmerkungen:.....

.....
Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____ Arzt: