

# 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

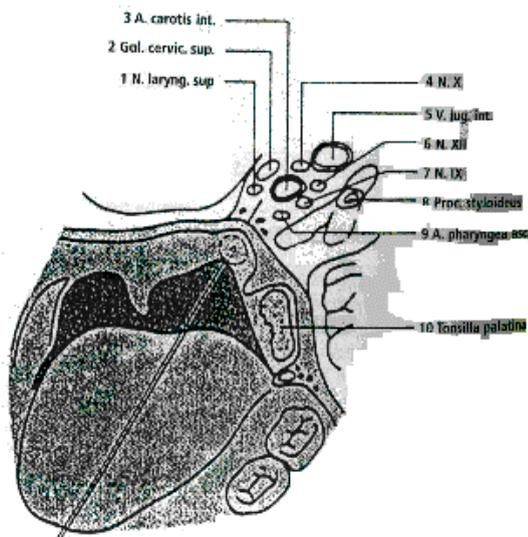
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

<b>Einwilligungserklärung:</b> (entsprechendes ankreuzen!)	<b>ja</b>	<b>Nein</b>
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: