

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Die Betäubung ist für die folgende Operation/Behandlung/Untersuchung vorgesehen:

am (Datum):

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die geplante Maßnahme empfiehlt Ihnen Ihre Anästhesistin/Ihr Anästhesist (im Weiteren Arzt) die Gabe eines Beruhigungsmittels (Sedierung) ggf. in Kombination mit einem Schmerzmittel (Analgoesedierung).

Mit den nachstehenden Ausführungen wollen wir Sie und ggf. Ihre Angehörigen über den Ablauf, die möglichen Zwischenfälle und über Verhaltensmaßnahmen vor und nach der Sedierung/Analgoesedierung informieren. Diese Ausführungen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt. Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile des geplanten Verfahrens gegenüber Alternativmethoden (z.B. Narkose oder Verzicht auf Beruhigungsmittel) erläutern. Er wird Sie über Ihre spezifischen Risiken und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen aufklären. Bitte lesen Sie die nachstehenden Informationen und füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden.

Der Arzt wird im Gespräch alle Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die Ihnen vorgeschlagene Sedierung/Analgoesedierung erteilen oder sie ablehnen. Ihr Arzt wird Ihnen nach dem Gespräch eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens aushändigen.

### ABLAUF DER SEDIERUNG/ANALGOSEDIERUNG

Damit Sie während der geplanten Maßnahme möglichst ruhig und entspannt sein können, empfiehlt sich die Gabe eines Beruhigungsmittels. Bei einer leichten Sedierung werden Sie etwas schläfrig, bleiben aber wach und ansprechbar und können mit dem Arzt zusammenarbeiten. Wird das Beruhigungsmittel höher dosiert, schlafen Sie ein und bemerken nichts von dem Eingriff oder der Untersuchung. Für bestimmte Eingriffe erhalten Sie zusätzlich ein schnell wirksames Schmerzmittel (Analgoesedierung).

Während der gesamten Maßnahme werden Ihre Vitalfunktionen (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung) fortlaufend überwacht und bei etwaigen Problemen sofort Gegenmaßnahmen ergriffen. Über die an Ihrem Handrücken bzw. Unterarm gelegte Venenverweilkanüle können neben den Beruhigungs- und Schmerzmitteln jederzeit auch Infusionen und andere Medikamente verabreicht werden.

Es kann sein, dass Sie sich nicht mehr oder nur eingeschränkt an den Eingriff erinnern können. Das ist völlig normal und kein Grund zur Beunruhigung.

### MÖGLICHE ERWEITERUNGSMASSNAHMEN

Der durch Beruhigungsmittel hervorgerufene, schlafähnliche Zustand kann in manchen Fällen ungewollt in eine Narkose übergehen. Dabei sind das Bewusstsein und das Schmerzempfinden dann komplett ausgeschaltet und eine künstliche Beatmung wird notwendig.

Die Beatmung erfolgt entweder über einen Beatmungsschlauch (Tubus), der über den Mund oder die Nase in die Luftröhre eingebracht wird (sog. **Intubation**) oder mit einer sogenannten **Kehlkopf-** oder **Larynxmaske**, welche vor dem Kehlkopf zum Liegen kommt. Die Intubation ermöglicht ein hohes Maß an Si-

cherheit für die Beatmung und schützt die Lunge zusätzlich vor dem Eindringen von Mageninhalt.

In manchen Fällen, wenn z.B. eine Maßnahme länger als geplant dauert oder Komplikationen auftreten, kann auch bewusst auf eine Narkose übergegangen werden.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und seiner Assistenten genauestens.

#### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen bzw. spritzen müssen oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (insbesondere blutgerinnungshemmende oder Schmerzmittel). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt wird Sie informieren, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

**Essen, Trinken und Rauchen:** Als Teil Ihrer Vorbereitung auf die Sedierung/Analgoesedierung nehmen Sie bitte am Tag vor dem geplanten Eingriff nur leichte Nahrung zu sich. Grundsätzlich darf **6-8 Stunden vor dem Eingriff nichts mehr gegessen** (auch keine Suppen oder Süßigkeiten wie Bonbons, Kaugummi), keine Getränke wie Säfte mit Fruchtmarmelade, Milch, Brühe oder Alkohol getrunken und **nicht geraucht werden. Klare Flüssigkeiten** in geringen Mengen (z.B. 1-2 Tassen Wasser oder ungesüßter Tee) können **bis zu 2 Stunden** vor der Sedierung/Analgoesedierung erlaubt sein. Ihr Arzt wird Ihnen hierzu genaue Anweisungen erteilen.

Das Nüchternheitsgebot dient zur Vorbeugung des Übertrittes von Mageninhalt in die Lunge. **Deshalb ist es ganz wichtig, dass Sie Ihren Arzt informieren, falls Sie das Nüchtern-**

## heitsgebot (nicht essen, trinken, rauchen) im angegebenen Zeitraum nicht einhalten konnten.

**Bitte denken Sie daran** Kontaktlinsen, Hörgerät oder andere abnehmbare Gegenstände wie Brille, Ketten, Ohrringe zu entfernen. Bitte schminken Sie sich nicht und benutzen Sie keine Gesichtscrème. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt ob lose Zahnteile (Zahnprothesen), Piercings, Haarteile, Nagellack entfernt werden müssen.

### Nachsorge:

Nach dem Eingriff werden Sie so lange überwacht, bis Ihre Vitalfunktionen stabil sind. Bitte stehen Sie, bis Ihr Arzt es Ihnen wieder gestattet, nicht alleine auf und verlassen Sie den Raum nicht ohne Rücksprache mit dem Pflegepersonal.

Übelkeit und Erbrechen durch die Beruhigungs- oder Schmerzmittel sind vorübergehend und meist gut behandelbar.

Nach einem **ambulantem Eingriff** müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Sorgen Sie für eine ebenfalls erwachsene Aufsichtsperson zu Hause für **24 Stunden** bzw. für den von Ihrem Arzt empfohlenen Zeitraum. Ihr Reaktionsvermögen ist durch die verabreichten Medikamente eingeschränkt. Deshalb dürfen Sie, soweit nicht anders angeordnet, 24 Stunden nach der Entlassung aus der Klinik/Praxis **nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen (auch nicht als Fußgänger) und keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum darauf verzichten, persönlich oder wirtschaftlich wichtige Entscheidungen zu treffen.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt oder suchen Sie die Klinik auf, falls z.B. Probleme beim **Atmen, Kreislauf- oder Bewusstseinsstörungen, schwere Übelkeit, Erbrechen, Heiserkeit, Fieber, Krämpfe, Missempfindungen** oder **Lähmungerscheinungen** auftreten. Sie erfordern eine sofortige Behandlung.

Bezüglich weiterer Verhaltensmaßnahmen wie z.B. Nahrungsaufnahme, Einnahme von Medikamenten sowie körperliche Aktivitäten halten Sie sich unbedingt an die Anweisungen Ihres Arztes. Bitte **verzichten Sie auf Rauchen und Alkoholenuss, Beruhigungs- oder Schlafmittel für 24 Stunden** nach der Analgosedierung.

## RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Im Allgemeinen ist bekannt, dass jeder medizinische Eingriff Risiken birgt, die u. U. zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und zum Teil – auch im weiteren Verlauf – **lebensbedrohlich** sein können. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen und Komplikationen hängt von mehreren Faktoren ab, wie z.B. Alter, Allgemeinzustand, Grunderkrankung, Lebensweise, Art und Schwere des Eingriffes. Schwere Zwischenfälle sind selbst bei starken gesundheitlichen Vorbelastungen sehr selten. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir aus juristischen Gründen alle eingriffsspezifischen Risiken aufzählen müssen, auch wenn diese z.T. nur in Ausnahmefällen eintreffen. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre spezifischen Risiken näher eingehen. Falls Sie auf eine ausführliche Aufklärung verzichten möchten, bestätigen Sie bitte dies im entsprechenden Abschnitt am Ende des Aufklärungsbogens. Wir bitten Sie in jedem Fall die Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig auszufüllen.

### Allgemeine Risiken

**Blutergüsse** (Hämatome) an den Punktionsstellen oder deren Umgebung treten gelegentlich auf. Dadurch können sich harte, schmerzhaft Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie auch ohne Behandlung nach Tagen oder Wochen.

**Schädigung der Haut, Weichteile** bzw. **Nerven** (z.B. durch Einspritzungen, Desinfektionsmittel oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Missempfindungen, Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist vergehen diese von selbst oder sind gut behandelbar. In sehr seltenen Fällen können die Beschwerden dauerhaft bestehen oder es bleiben Narben zurück.

**Infektionen** z.B. an der Einführungsstelle der Injektionsnadel oder der Kanüle mit Spritzenabszess, Absterben von Gewebe (Nekrose) und Narbenbildung oder Venenentzündung (Phlebitis) sind selten. Sie äußern sich in Schwellung, Rötung, Schmerzen, Überwärmung der Haut und Fieber. In den meisten Fällen sind solche Infektionen mit Antibiotika gut behandelbar. Im Extremfall kann es zur Verschleppung der Keime in die Blutbahn (Bakteriämie) und zu einer gefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) bis hin zur Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis) kommen. Eine intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich. Extrem selten kann eine Infektion, trotz Behandlungsbemühungen, zum Tode führen.

**Allergische Reaktionen** (Unverträglichkeitsreaktionen), z.B. auf Betäubungsmittel oder andere Medikamente sind selten. Hautrötung, Hautausschlag, Quaddelbildung, Juckreiz, Schwellungen aber auch Übelkeit und Husten können die Folgen sein. Meist verschwinden sie ohne Behandlung von selbst wieder oder lassen sich gut behandeln. Schwerwiegende Reaktionen wie z.B. Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, Störungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Lungenfunktion sind sehr selten. Die Folgen Atemnot, Krämpfe, Herzjagen oder Kreislaufschock erfordern eine intensivmedizinische Versorgung. Vorübergehende oder auch bleibende Organschäden wie z.B. Hirnschäden, Sehstörungen, Nervenschäden bis hin zu Lähmungen, Nierenfunktionsstörungen bis hin zum Nierenversagen, können trotz Behandlung eintreten.

Infolge von **Durchblutungsstörungen** oder der Bildung von Blutgerinnseln (**Thromben**) kann es zu Schäden an benachbarten Geweben (mit schmerzhaften Schwellungen) und an betroffenen Organen kommen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe blockieren (**Embolie**). Dadurch kann es trotz sofortiger intensivmedizinischer oder operativer Behandlung zu bleibenden Schäden (z.B. Lungenembolie, Schlaganfall mit bleibenden Lähmungen, Nierenversagen) kommen.

### Spezielle Risiken der Sedierung/Analgesedierung

Durch die Gabe von Beruhigungsmitteln kann es zu einer **Störung der Atmung** oder zu **Kreislaufreaktionen** (z.B. Blutdruckabfall, Verlangsamung des Herzschlags) mit **Übelkeit und Erbrechen** kommen.

Eine tiefe Sedierung kann zu **Bewusstlosigkeit, Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand** führen. Eine künstliche Beatmung ist dann notwendig um eine Schädigung z.B. des Gehirns zu verhindern.

Wenn in sehr seltenen Fällen unbemerkt Mageninhalt in die Lunge dringt, können ein akuter **Atemwegverschluss** oder eine **Lungenentzündung** mit evtl. dauerhafter Schädigung des Lungengewebes bis hin zum **Lungenversagen** die Folgen sein. Diese Gefahr besteht insbesondere beim Nichteinhalten der Anweisungen hinsichtlich des Essens, Trinkens und Rauchens.

In extrem seltenen Fällen kann bei dazu genetisch veranlagten Personen die Körpertemperatur durch die verabreichten Medikamente ansteigen (**maligne Hyperthermie**). Herz-Kreislauf- und Atemstillstand sowie Funktionsverlust mehrerer Organe können die Folgen sein. In solchen Fällen wird eine sofortige intensivmedizinische Versorgung eingeleitet, um diese Gefahren abzuwenden.

Bei älteren Patienten oder Kindern kann es nach der Sedierung oder Narkose zu einer vorübergehenden **Verwirrtheit** kommen.

### Spezielle Risiken bei Übergang zur Narkose

Durch das Einführen des Beatmungsschlauches bzw. der Larynxmaske kann es zu folgenden Komplikationen kommen: gelegentlich **Halsschmerzen, Schluckbeschwerden** und **Heiserkeit**, die meist ohne Behandlung wieder verschwinden; sehr selten **Verletzungen an Rachen, Kehlkopf, Stimmbändern** oder **Luftröhre** mit Missempfindungen, Atemnot, dauerhaften Schluckbeschwerden und Heiserkeit; **Zahnschäden** insbesondere

re bei lockeren Zähnen, Karies, Parodontose oder festsitzendem Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken, Implantaten, etc.) bis hin zum Zahnverlust, die einer zahnärztlichen Behandlung bedürfen.

Ein **Verschluss der Luftwege** durch Muskelkrampf des Kehlkopfs (Laryngospasmus) ist selten. Er lässt sich in der Regel sofort gut behandeln.

## Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Risiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

**Geschlecht:**  m /  w, **Alter:** \_\_\_\_\_ **Jahre, Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg, Größe:** \_\_\_\_\_ **cm, Beruf:** \_\_\_\_\_

**Verwenden Sie normalerweise eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinse, etc.)?**  ja  nein

**Tragen Sie gewöhnlich ein Hörgerät?**  ja  nein

**Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

**Wurden Sie bereits früher operiert?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen und wann?  
\_\_\_\_\_

Ergaben sich damals bei der Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Kam es bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Anästhesie?  ja  nein

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Stillen Sie?**  ja  nein

### Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein

Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

### Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

**Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?**  ja  nein

Erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

**Allergie/Überempfindlichkeit?**  ja  nein

Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  
 Jod,  Pflaster,  Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon),  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?**  ja  nein

Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskelentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Luftnot beim Treppensteigen,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  niedriger Blutdruck,  Schlaganfall,  Krampfadern,  Venenentzündung,  Thrombose,  Embolie.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?**  ja  nein

Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungenentzündung,  Lungenemphysem,  Schlafapnoe (starkes Schnarchen),  Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-Erkrankungen?**  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit),  Fruchtzuckerunverträglichkeit.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schilddrüsen-Erkrankungen?**  ja  nein

Unterfunktion,  Überfunktion,  Knoten,  Kropf.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nierenerkrankungen?**  ja  nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),  Nierentzündung,  Dialyse.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Lebererkrankungen?**  ja  nein

Gelbsucht,  Leberzirrhose.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Magen-Darm-Erkrankungen?**  ja  nein

Engstelle im Verdauungstrakt,  Magengeschwür,  Sodbrennen.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (auch bei Blutsverwandten)?**  ja  nein

angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs,  Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk),  Schulter-Arm-Syndrom,  Wirbelsäulenbeschwerden,  Muskelschwäche (z. B. Myasthenia gravis),  Neigung zur überhöhten Körpertemperatur.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems?**  ja  nein

Gehirnerkrankungen oder -verletzungen,  Lähmungen,  Krampfanfälle (Epilepsie).

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?**  ja  nein

Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

(Falls bestimmte Antworten vorausgewählt sind, korrigieren Sie diese bitte, wenn sich bei Ihnen etwas geändert hat.)

**Zahnschäden/Zahnersatz?** ja  nein

- Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  
 Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  
 herausnehmbarer Zahnersatz.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?** ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** ja  nein

Wenn ja, was und wie viel: \_\_\_\_\_

**Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen?** ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe**

Wer wird Sie abholen, sobald Sie entlassen werden?

Name und Alter des Abholers \_\_\_\_\_

Wo sind Sie in den 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name und Alter der Aufsichtsperson \_\_\_\_\_

**Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch**

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z.B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativmethoden, mögliche Konsequenzen, wenn die Sedierung/Analgesiedierung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anweisung zum Nüchternheitsgebot:**

- keine feste Nahrung ab \_\_\_\_\_ Uhr am Vortag des Eingriffs  
 keine Nahrung, Getränke, Alkohol ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs  
 keine klare Flüssigkeit ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag des Eingriffs

**Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:**

- Der/Die Patient(in) besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene Sedierung/Analgesiedierung zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.  
 Der/Die Patient(in) wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

**Ablehnung**

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über die vorgeschlagene Sedierung/Analgesiedierung für den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die mir vorgeschlagene Sedierung/Analgesiedierung ab.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Ablehnung Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen \_\_\_\_\_

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Bitte kreuzen Sie Ihre Erklärung im zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie diese anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf der geplanten Sedierung/Analgesiedierung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit der Sedierung/Analgesiedierung, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass sie Risiken birgt, informiert wurde.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Sedierung/Analgesiedierung zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Einspritzungen, Überwachungsmaßnahmen) ein. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens, z.B. die Fortführung des Eingriffs in Narkose. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer**Kopie:  erhalten verzichtet

Kopieerhalt/-verzichtet \_\_\_\_\_