ALLGEMEINE UNIVERSITÄTSKRANKENHAUS IN PRAG
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
Gesetzlicher Vertreter des Patienten (Vorname, Nachname):	
Bezeichnung der Gesundheitsleistung / des Behandlungsverfahrens (eventuell mehrerer Gesundheitsleistungen / Behandlungsverfahren): **ANALGOSEDIERUNG**	

Zweck, Art, der erwartete Nutzen, die Folgen und die möglichen Risiken der Gesundheitsleistung:

Der Zweck dieses Verfahrens ist es, einen ruhigen und schmerzfreien chirurgischen Eingriff oder eine Untersuchung zu gewährleisten.

Die Analgosedierung verringert das Schmerzempfinden im gesamten Körper, die Druck- und Berührungsempfindungen bleiben erhalten. Aufgrund der intravenös verabreichten Beruhigungsmittel kann sich der Patient im Halbschlaf befinden und sich nicht an den Eingriff erinnern.

Zu den **unerwünschten Nebenwirkungen**, die durch eine Analgosedierung hervorgerufen werden, gehören Muskel- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, vorübergehende Schläfrigkeit, Koordinationstörung und Urinretention.

Zu den **schwerwiegenden Komplikationen**, einschließlich der lebensbedrohlichen, die im Zusammenhang mit dem Anästhesieverfahren oder mit komplizierenden Krankheiten auftreten, gehören allergische Reaktionen, toxische Reaktionen auf Lokalanästhetika, Atem- oder Kreislaufversagen, Nieren- oder Leberversagen. Sie treten sowohl bei geplanten als auch bei akuten Eingriffen auf.

Eine ungeplante Verlängerung des chirurgischen Eingriffs oder der Untersuchungs birgt das Risiko einer Überführung der Analgosedierung in eine Allgemeinanästhesie.

Andere Möglichkeiten, ihre Eignung, Vorteile und Risiken:

Die Allgemeinanästhesie schaltet das Bewusstsein und die Schmerzempfindung im gesamten Körper vollständig aus. Zusammen mit der Lokalanästhesie wird sie bei vielen großen Eingriffen eingesetzt. Dabei wird eine Mischung aus schlaffördernden Mitteln, starken Schmerzmitteln und Muskelentspannungsmitteln verwendet. Diese Medikamente werden überwiegend intravenös und inhalativ verabreicht, und zwar entweder allein oder in Kombination.

Zu den unerwünschten Nebenwirkungen, die durch eine Vollnarkose hervorgerufen werden, gehören Muskel- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, vorübergehende Schläfrigkeit und Koordinationsschwäche, Halsschmerzen und Heiserkeit.

Die Gesundheitsleistung wird folgendermaßen durchgeführt:

Der Facharzt (Anästhesist) klärt den Patienten über den Eingriff auf, führt eine Aufnahmeuntersuchung durch, beurteilt den Allgemeinzustand und den Typ des Eingriffs oder der Untersuchung und empfiehlt die Art der Analgosedierung, die für einen ruhigen Verlauf des

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**

Eingriffs geeignet ist.

Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung ist es notwendig, Essen, Trinken und Rauchen einzuschränken, herausnehmbare Zahnprothesen zu entfernen und alle Empfehlungen des Narkosearztes zu beachten. Am Vorabend der Operation und am Tag der Operation unmittelbar vor dem Eingriff oder der Untersuchung wird eine Prämedikation (Verabreichung von Beruhigungsmitteln) verabreicht.

Einschränkungen und Empfehlungen für den Alltag im Hinblick auf den Gesundheitszustand und mögliche Veränderungen der gesundheitlichen Tauglichkeit nach Durchführung der genannten medizinischen Leistung

Nach dem Eingriff ist die Konzentrationsfähigkeit für eine gewisse Zeit (bis zu 24 Stunden) beeinträchtigt, und es bestehen weiterhin Koordinations- oder Beweglichkeitsstörungen.

Bei einem ambulanten Eingriff ist es notwendig, dass der Patient eine Begleitperson für den Nachhauseweg hat. Während der nächsten 24 Stunden darf man kein Kraftfahrzeug lenken und keine Maschine bedienen, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordert.

Weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen:

Dies hängt von der Art des chirurgischen Eingriffs oder der Untersuchung ab.

Hiermit erkläre ich, dass der mich belehrende Arzt mir persönlich alles erklärt hat, was Inhalt dieser schriftlichen „Informierten Einwilligung" ist und ich die Möglichkeit hatte ihm Fragen zu stellen, auf welche er mir ausreichend Antwort gab. Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Belehrung voll verstanden habe und erteile ausdrücklich meine Einwilligung für die Durchführung der ärztlichen Behandlung.

Im Falle, dass der Patient **minderjährig ist oder mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit** und angemessen geistig und willensfähig reif ist:

Hiermit erkläre ich, dass ich im oben genannten Umfang belehrt worden bin.

Wurden dem Patienten diese Daten nicht zur Verfügung gestellt, ist der Grund für die Nichtbereitstellung der Daten anzugeben:

den Grund angeben

In Prag am Datum einfügen

.....	.....
Unterschrift des Patienten/	*Vorname, Nachname*
gesetzlichen Vertreters	*und Unterschrift Arztes*

Dieses Formular ist auch direkt im KIS verfügbar.

INFORMIERTE EINWILLIGUNG

Vorname und Nachname:	**Personenkennzahl:**
..... *Unterschrift des minderjährigen Patienten / Patienten mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit*	
Wenn der Patient/gesetzliche Vertreter aufgrund seines Gesundheitszustands nicht unterzeichnen kann: Grund, aus dem der Patient/gesetzliche Vertreter nicht in der Lage ist zu unterzeichnen: den Grund angeben Die Art und Weise, wie der Patient/gesetzliche Vertreter seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat: die Art und Weise angeben ..... *Vorname, Nachname und Unterschrift des Zeugen*	