



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Zentrum für rekonstruktive Fusschirurgie

Sehr geehrte/r Patient/in

Wir bestätigen hiermit den geplanten Operationstermin bei Dr. Klaus Fecher für den \_\_\_\_\_ in der folgenden Klinik.

- **Ambulantes OP-Zentrum am Glockenturm**

Dr. med. Jörg Hoyer  
Dieter Orth und Partner  
Am Glockenturm 6  
63814 Mainaschaff  
Tel.: 06021-3713499

Bitte setzen Sie sich mit folgendem Narkosearzt ca. 2 Wochen vor der OP in Verbindung, wenn Sie **schwerwiegende Erkrankungen** oder **dringende Fragen** haben. Ansonsten erfolgt das Aufklärungsgespräch am Tag der Operation.

- **Ambulantes OP-Zentrum am Glockenturm**

(siehe Anästhesie-Formular Praxis Dr. Orth und Dr. Hoyer)

Am OP-Tag bitte **nicht** vergessen:

- 1. Versichertenkarte**
- 2. Nüchtern zur OP erscheinen**
- 3. Begleitperson organisieren**



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Ausfallpauschale

Name, Vorname, geb. Datum: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass mir im Falle einer kurzfristigen Absage des vereinbarten OP-Termins von weniger als **14 Tagen** eine Ausfallpauschale in Höhe von 350,00 Euro in Rechnung gestellt wird.

Nur gesundheitliche Gründe, die durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden, rechtfertigen eine kurzfristige OP-Absage.

Aschaffenburg, den: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Stempel des Arztes

**An die Anästhesieabteilung des Krankenhauses**

---



---

## Protokollblatt zur Befunddokumentation im Rahmen der Anästhesievorbereitung

Diagnose: \_\_\_\_\_

geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_

**A)**  
**Frühere Narkosen, einschl. evtl. Komplikationen**  
(z. B. Intubationserschwerms, Kreislaufstillstand, verlängerte Wirkung von Narkotika und Muskelrelaxantien, Transfusionskomplikationen, maligne Hyperthermie)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**B)**  
**Körperlicher Gesamtstatus:**

**1) Allgemeinzustand:** \_\_\_\_\_  
(Blutdruck, Puls, Gewicht, Größe)

\_\_\_\_\_

**2) Kopf/Hals:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3) Thorax/Herz/Kreislauf:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4) Abdomen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5) Bewegungsapparat:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6) ZNS/Psyche:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7) Sonstiges:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8) Allergien:**

z. B. Medikamente, Nahrungsmittel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9) Andere Erkrankungen:**

z. B. Infektionen (TB etc.), endokrinologische Störungen, Myasthenia gravis, multiple Sklerose, Glaukom, Blutungsneigung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C)**

**1) Regelmäßige Medikamenteneinnahme**

(einschl. Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Laxantien, Ovulationshemmer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2) Nikotin- und Alkoholkonsum**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3) Besteht eine Gravidität?**

\_\_\_\_\_

**D) Aktuelle Befunde**

**1) Grundprogramm**

(grundsätzlich für jede Anästhesie erforderlich)

**Laboratoriumsuntersuchungen**

Hb oder Hk \_\_\_\_\_

Blutzucker \_\_\_\_\_

SGPT \_\_\_\_\_

Gamma-GT \_\_\_\_\_

Urinstatus \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kalium \_\_\_\_\_

Natrium \_\_\_\_\_

Kreatinin \_\_\_\_\_

Bilirubin \_\_\_\_\_

Gerinnungsstatus (Quick, PPT, Thrombozyten) \_\_\_\_\_

**EKG-Befund\*) vom** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgen-Thorax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgenaufnahmen und EKG im Original beifügen**

**2) Erweitertes Programm**

(je nach Anforderung des Anästhesiologen oder des Operateurs)

**Laboratoriumsuntersuchungen**

Großes Blutbild \_\_\_\_\_

Gesamteiweiß \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blutgruppe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E) Gesamtbeurteilung:**

Narkose und Operationsfähigkeit:  Gegeben  eingeschränkt gegeben \*  Nicht gegeben \*

\* Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*) In jedem Falle sind 12 Ableitungen erforderlich.

Standard, Goldberger- und Brustwandableitungen grundsätzlich mit Belastungs-EKG; Ruhe-EKG ohne Belastung, wenn dadurch allein ein pathologischer Befund ausreichend diagnostisch gesichert erscheint.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

## HINWEISE FÜR AMBULANTE EINGRIFFE

### Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Narkose für 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen dürfen!

Das bedeutet, dass jemand Sie aus der Praxis abholen und nach Hause bringen muss. Zudem muss zu Hause die ständige Betreuung durch eine zuverlässige Person sichergestellt sein. Sie dürfen für 24 Stunden auch keine gefährlichen (laufenden) Maschinen bedienen! Außerdem sind Sie für diesen Zeitraum nicht geschäftsfähig (z.B. Vertragsunterschriften).

Folgende Angaben brauchen wir von Ihnen (Ihrem Kind), bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Größe (m)

Gewicht (kg)

### Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

### Wurde bei Ihnen (Ihrem Kind) schon einmal eine Narkose durchgeführt?

ja  nein

### Falls ja, gab es dabei Probleme?

ja  nein

### Leiden Sie (Ihr Kind) an ...

→ Herz- und Kreislauferkrankungen: (z. B. Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen)

ja  nein

→ Lungenerkrankungen: (z. B. Tuberkulose, Asthma, akute oder chronische Bronchitis, Atemnot bei Belastung)

ja  nein

→ Lebererkrankungen: (z. B. Gelbsucht, Hepatitis)

ja  nein

→ Stoffwechselerkrankungen: (z. B. Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, Gicht, Schilddrüsenkrankheiten)

ja  nein

→ Nerven- und Gemütererkrankungen: (z. B. Epilepsie, Depressionen)

ja  nein

→ Muskelerkrankungen: (z. B. Muskelschwäche, Muskelschwund)

ja  nein

→ Allergien: (z. B. Latex, Medikamente, Antibiotika, Soja)

ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte hier aufschreiben)

### Einwilligungserklärung:

Über das geplante Betäubungsverfahren hat mich Frau / Herr Dr. \_\_\_\_\_ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Narkose für die ambulante Operation ein. Mit einer eventuell notwendigen / möglichen Änderung des Anästhesie-Verfahrens bin ich ebenfalls einverstanden. Ich bestätige, von den Hinweisen für ambulante Eingriffe Kenntnis genommen zu haben und sie einhalten zu können. Bei im Anschluss an den Eingriff zu Hause auftretenden Gesundheitsstörungen werde ich sofort einen Arzt verständigen.

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift Arzt

Unterschrift PatientIn  
(Sorgeberechtigte/r)



## Aufklärungs- und Anamnesebogen zur Narkose bei der ambulanten Operation am \_\_\_\_\_

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bitte lesen Sie diesen Aufklärungsbogen möglichst bald sorgfältig durch und füllen Sie den umseitigen Fragebogen aus! Bringen Sie das vorliegende Blatt sowie Ihre Krankenkassenkarte bitte zu Ihrer ambulanten Operation mit!



**Wir bitten Sie, mindestens sechs Stunden vor dem geplanten Behandlungstermin nichts mehr zu trinken oder zu essen (auch kein Bonbon oder Kaugummi)!**

→ Ausnahme ist klares, stilles Wasser, welches Sie (Ihr Kind) bis zwei Stunden vor Ihrem Termin noch trinken dürfen.

Damit Sie (Ihr Kind) die geplante Operation ohne Angst und Schmerzen gut überstehen, bekommen Sie (Ihr Kind) unmittelbar vor der Behandlung eine dünne Venenverweilkanüle am Arm gelegt, über welche dann die zur Narkose erforderlichen Schlaf- und Schmerzmittel gegeben werden. Bei sehr kleinen und / oder ängstlichen Kindern kann die Narkose auch über eine Atemmaske eingeleitet und die Venenverweilkanüle erst nach dem Einschlafen gelegt werden.

Über eine Beatmungsmaske, die vor Mund und Nase gehalten wird, oder über einen Beatmungsschlauch, welcher nach dem Einschlafen vorsichtig in den Mund / Rachen (Larynxmaske) oder in die Luftröhre (Tubus) eingeführt wird, bekommen Sie (Ihr Kind) u.a. Sauerstoff und Narkosegase zugeführt. Zudem können wir die für die Narkose relevanten Atemgase messen und dadurch einen sicheren Schlaf gewährleisten. Außerdem werden Sie (Ihr Kind) während der gesamten Narkose kontinuierlich mittels EKG, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie (Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut) überwacht. Darüber hinaus steuern wir die Narkostiefe zielgenau mittels EEG (bitte streichen, wenn nicht gewünscht!). Dadurch stellen wir die optimale Sicherheit für Sie (Ihr Kind) während des Eingriffs sicher.

Nach dem Ende der Behandlung wird die Maske wieder abgenommen bzw. der Beatmungsschlauch entfernt und Sie (Ihr Kind) erwachen innerhalb weniger Minuten aus der Narkose. Im Anschluss verweilen Sie (Ihr Kind) noch bis zum vollständigen Abklingen der Narkose in einem Ruheraum in der Praxis. Bevor Sie (Ihr Kind) dann die Praxis verlassen, wird zuletzt noch die Venenverweilkanüle gezogen.

Kein medizinischer Eingriff ist frei von Risiken. So kann es durch die Venenverweilkanüle selten zu Blutergüssen oder Entzündungen an der Einstichstelle und äußerst selten zu Blutgerinnseln (Thrombus / Thrombophlebitis) in den Armvenen kommen. Auch ein Kratzen im Hals oder ein Zahnschaden durch das Einführen des Beatmungsschlauches ist selten. Durch die Narkosemedikamente kann es selten zu Kreislaufstörungen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie sehr selten zu Allergien kommen. Bei Patienten mit Muskelerkrankungen kann es sehr selten zur malignen Hyperthermie kommen, die dann eine intensivmedizinische Behandlung erfordert. In sehr seltenen Fällen kann es (z.B. bei Nicht-Beachtung der o.g. Nüchternheitszeiten) durch Hochwürgen und Einatmen von Mageninhalt zur sog. Aspiration kommen, welche ebenfalls eine intensivmedizinische Weiterbehandlung erforderlich macht.

Am Tag der Behandlung führen wir mit Ihnen vor dem Eingriff noch ein persönliches, ausführliches Aufklärungsgespräch, in welchem alle bestehenden Fragen beantwortet werden. Sollten Sie bereits vorab ein Gespräch mit Ihrem Narkosearzt führen wollen, so melden Sie sich gerne telefonisch über unser

**Patienten-Telefon: 06021 – 3 71 34 99**

Für Ihre ambulante Operation wünschen wir Ihnen alles Gute und baldige Genesung!

**Ihr Anästhesie-Team**

Bitte wenden! ➡



# Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Informationen für nach der Entlassung/Nachsorgeplan

Sie erhalten nach der Operation in der Klinik **folgende Rezepte:**

- 1 Rezept über Thromboseprophylaxe /Clexane 20 mg
- 1 Rezept über 2 verschiedene Schmerzmittel
- 1 Rezept über Manuelle Lymphdrainage
- 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorerst über 3 Wochen

### **Thromboseprophylaxe**

→ täglich 1 Spritze immer um die gleiche Uhrzeit selbstständig injizieren.

### **Schmerzmittel**

- reines Bedarfsmedikament, Einnahme nur bei Schmerzen.
- Voltaren/ Diclofenac 50mg , 1-3 Tabletten täglich möglich.
- Novalgin Tropfen 20 Tropfen alle 3 Stunden möglich.

### **Manuelle Lymphdrainage je 30 Minuten**

→ 2x wöchentlich insgesamt 6 Anwendungen, ab dem 3-4 postoperativen Tag beginnen.

### **Verbandswechsel**

→ 2x wöchentlich insgesamt 5-6, ab dem 3-4 postoperativen Tag beginnen.

### **Verbandsschuh**

- den Verbandsschuh entsprechend Ihrer Fußoperation tragen
- bei gelenkerhaltender Operation 3 Wochen Verbandsschuh
- bei gelenkversteifender Operation 6 Wochen Vorfußentlastungsschuh

Legen Sie Ihren operierten Fuß konsequent hoch und kühlen ihn zwischendurch im hinteren Bereich/Sprungelenk, NICHT direkt auf der Wunde kühlen.  
Zu langes Sitzen, Stehen und Laufen kann zum Anschwellen des Fußes führen und die Wundheilung verzögern.  
Ziehen Sie zum Laufen stets den vom Operateur verordneten Verbandsschuh an.  
Das Gehen mit Gehstützen ist nicht erforderlich und sollte vermieden werden.

Falls keine Schmerzlinderung eintritt, so kann der obere Verband gelockert werden und in dringenden Fällen am Wochenenden unter folgender **Notfallnummer** angerufen werden **0174 130 55 24.**