



KLINIK
ST. JOSEF
ST. VITH



INFO

PRÄOPERATIVE INFOMAPPE

BITTE FÜLLEN SIE DIE INFOMAPPE AUS UND BRINGEN SIE SIE ZU JEDEM TERMIN MIT.

TERMINE

Präoperative Konsultation Am / / um Uhr

Andere Am / / um Uhr

Aufnahme Am / /

Eingriff / Untersuchung Am / /
durchgeführt von

WILLKOMMEN

Ihnen steht ein Eingriff oder eine Untersuchung bei uns bevor. Unser gesamtes Team setzt alles dran, Sie bestmöglich auf Ihren Eingriff vorzubereiten und Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Mit dieser Infomappe möchten wir Ihnen die wichtigsten Informationen vor Ihrem Aufenthalt bei uns geben. Lesen Sie sie aufmerksam durch, nutzen Sie sie, um Ihre Termine einzutragen und füllen Sie die vorgegebenen Fragebögen aus.

Dieses Dokument ermöglicht die Kommunikation zwischen Ihnen, dem Verwaltungs- und Pflegepersonal, Ihrem Hausarzt, dem Anästhesisten und dem Chirurgen.

Diese Infomappe begleitet Sie bei all Ihren Terminen vor dem Eingriff: Termin mit dem Pflegepersonal, dem Verwaltungspersonal, Ihrem Hausarzt, dem Anästhesisten (Narkosearzt) und dem Chirurgen.

SIE HABEN FRAGEN?

Es ist normal, dass Sie sich viele Fragen stellen. Einige Antworten finden Sie in dieser Mappe. Falls nicht, zögern Sie nicht, Ihre Fragen während Ihrer Termine zur OP-Vorbereitung zu stellen.

Für praktische Fragen in Verbindung mit Ihrem Aufenthalt können Sie sich gerne an die Planungszelle wenden, telefonisch unter der Nummer **080 854 577** oder per E-Mail an **planung@klinik.st-vith.be**. Sie ist Ihr direkter Ansprechpartner, und zuständig für die Planung Ihres Aufenthaltes.

Bei Fragen bezüglich der Hilfsdienste in Ihrer häuslichen Umgebung, Krankenmaterial etc. können unsere Sozialassistenten Sie gerne unterstützen. Der Sozialdienst ist telefonisch unter **080 854 141** oder unter folgender E-Mail-Adresse zu erreichen:

sozialdienst@klinik.st-vith.be

INHALTVERZEICHNIS

.....		
Anästhesie - Termin	3	Bedingungen der Tagesklinik	19
Fragebogen	4	Nicht zu vergessen	20
Liste der Medikamente	9	Packliste	21
Unverträglichkeiten und Allergien	10	Präoperative Körperhygiene	22
Ihre Schmerzen	11	Nach dem Aufenthalt	26
Psychologische Hilfe	12	Informationen zur häuslichen Pflege	27
Informationen Anästhesie	13	Wegbeschreibung	28
Einwilligungserklärungen	15		
.....			

PRÄOPERATIVE KONSULTATION – ANÄSTHESIE

Sie haben gerade Ihren Chirurgen und/ oder Facharzt getroffen. Fragen, die Sie zu Ihrem Eingriff haben, sollten ihm vor dem Krankenhausaufenthalt gestellt werden.

Für die Sicherheit und Qualität Ihres Krankenhausaufenthaltes, müssen Sie unbedingt* einen Anästhesisten aufsuchen. Dieser Termin findet im Rahmen der präoperativen Konsultation statt. Unsere Planungszelle wird Sie anrufen, um Ihnen das Datum des Termins mitzuteilen.

Um Ihren Gesundheitszustand genauestens zu beurteilen, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Deswegen bitten wir Sie, den Anästhesie-Fragebogen (siehe Seite 4-8) vollständig auszufüllen und ihn uns während der Anästhesie-Sprechstunde zu übergeben.

*es sei denn, der Chirurg hat eine andere Anweisung erteilt

i **Planen Sie mindestens 1 Stunde ein für diese verschiedenen Termine und bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:**

- die Ergebnisse der letzten Untersuchungen (weniger als ein Jahr) und/ oder Blutanalyse, die außerhalb der Klinik durchgeführt wurden
- die Berichte von Konsultationen bei einem Kardiologen, Pneumologen, ... die außerhalb der Klinik durchgeführt wurden
- den Blutgruppenausweis (falls Sie einen besitzen)
- diese Infomappe
- den Personalausweis
- gegebenenfalls eine Versicherungskarte und alle anderen Versicherungsdokumente

Die präoperative Konsultation besteht aus einem Treffen mit:

einem **Mitarbeiter der Verwaltung**, der Ihnen die finanziellen Bedingungen folglich Ihrer Zimmerwahl sowie die während Ihres Krankenhausaufenthaltes angebotenen Dienstleistungen erläutert. In diesem Zusammenhang können Informationen über Ihre Krankenhausversicherung erforderlich sein. Denken Sie daran, die nötigen Informationen mitzubringen.

einem **Anästhesisten**.

einem **Krankenpfleger**, der Ihnen den Ablauf Ihres Krankenhausaufenthaltes und die nötigen Vorbereitungen auf den Eingriff erklären wird.

AUSZUFÜLLEN DURCH
DEN PATIENTEN ODER
DEN GESETZLICHEN
VERTRETER

FRAGEBOGEN ANÄSTHESIE

Name

Vorname

Telefonnummer.....

Geburtsdatum / /

Alter

Hausarzt:.....

Leiden Sie an einer genetischen Anomalie, einer Behinderung, einer chronischen oder schweren Krankheit? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Geben Sie alle bedeutenden Krankheiten an, die Sie bereits gehabt haben:

.....
.....
.....
.....
.....

Geben Sie alle Operationen /Eingriffe an, die Sie bereits gehabt haben:

Operation/Eingriff	Datum	Eventuelle Komplikationen
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /



Holen Sie sich bei Bedarf Hilfe von Ihrem Hausarzt. Es versteht sich von selbst, dass dieser Fragebogen absolut vertraulich ist und nur von Personen, die sich um Sie kümmern, eingesehen werden kann.

FRAGEBOGEN VORGESCHICHTE

ALLGEMEINES	JA	NEIN
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viel wiegen Sie? Wie groß sind Sie? Kgcm		
Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wieviel:Kg		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HERZ UND KREISLAUF	JA	NEIN
Haben Sie manchmal geschwollene Beine und Füße (Ödeme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben (oder hatten) Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Herzrhythmusstörungen bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie bei körperlicher Anstrengung kurzatmig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mühelos 2 Etagen zu Fuß hochsteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie ein Lungenödem (Wasser in der Lunge)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie Corona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben (oder hatten) Sie « Angina pectoris » (Herzschmerzen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist ein anormales Herzgeräusch bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben (oder hatten) Sie Schwindelanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie längere Zeit flach liegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benötigen Sie mehrere Kopfkissen zum Schlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zurzeit erkältet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie häufig Hustenreiz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an chronischer Bronchitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten/haben Sie Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie irgendwann eine Lungenembolie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEBOGEN VORGESCHICHTE

ENDOKRINES SYSTEM (DRÜSEN/STOFFWECHSEL)	JA	NEIN
Sind Probleme mit der Schilddrüse bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie erhöhte Cholesterin-Werte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, tragen Sie Ihre Werte ein.....		

LEBER UND VERDAUUNG	JA	NEIN
Haben/hatten Sie regelmäßig Sodbrennen/Aufstoßen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/hatten Sie ein Magengeschwür?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben (hatten) Sie Übelkeit, Erbrechen nach einer Anästhesie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie regelmäßig alkoholisierte Getränke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, was, wie viel, wie oft?		
Haben/hatten Sie Gallenkoliken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/hatten Sie eine Gelbsucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon mal eine Leberentzündung/Leberzirrhose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bereits Bluttransfusionen erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NIEREN UND HARNWEGE	JA	NEIN
Müssen Sie nachts aufstehen, um zu urinieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie oft?.....mal pro Nacht		
Ist eine Nierenunterfunktion bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie dialysiert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/hatten Sie Nierensteine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Männer: Haben Sie ein Prostataleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEBOGEN VORGESCHICHTE

BLUTGERINNUNG	JA	NEIN
Haben Sie schnell Blutergüsse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluten Sie schnell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, präzisieren Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie die Bluterkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es Blutgerinnungsprobleme in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Haben Sie oft Nasenbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NERVENSYSTEM	JA	NEIN
Hatten Sie einen Gehirnschlag/Gehirnblutung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, haben Sie Folgeschäden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
Haben/hatten Sie Epilepsie (Anfallsleiden - Fallsucht)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie ein Schädel-Hirn-Trauma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- mit Bewusstlosigkeit	<input type="radio"/>	
- ohne Bewusstlosigkeit	<input type="radio"/>	
Haben Sie Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEBOGEN VORGESCHICHTE

SKELETT- UND MUSKELSYSTEM	JA	NEIN
Leiden Sie an Kreuzschmerzen/Ischialgie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLUTGEFÄSSSYSTEM	JA	NEIN
Haben Sie Krampfadern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie eine Venenthrombose oder -entzündung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MENTALE GESUNDHEIT	JA	NEIN
Leiden Sie an psychischen Problemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLGEMEINES	JA	NEIN
Haben Sie Tattoos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Piercings? Wenn ja, wo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
Tragen Sie...		
<input type="radio"/> eine Zahnprothese <input type="radio"/> ein Hörgerät <input type="radio"/> eine Brille <input type="radio"/> Kontaktlinsen		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstiges präzisieren Sie		
Haben Sie Metallteile im Körper von vorherigen Operationen (Platten, Schrauben, Prothesen, Nervenstimulator, Herzschrittmacher etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

UNVERTRÄGLICHKEITEN + ALLERGIEN

ART DER UNVERTRÄGLICHKEIT

Medikamente (und Dosierung wenn bekannt)	Übelkeit	Durchfall	Schwindel	Pilz	Erbrechen	Andere	Beschreibung/ Sonstiges
z.B.: CLAMOXYL ®500	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ unerträgliche Migräne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ART DER ALLERGIE

Produkt	Nesselfieber / Juckreiz	Schwellungen	Hautödem	Ohnmacht- sanfälle	Andere	Beschreibung/ Sonstiges
z.B. : Früchte: Kiwi, <u>Banane</u> , Tomate, Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf dem ganzen Körper
Früchte: Kiwi, Banane, Tomate, Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gummi, Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollen, Gräser, Milben, Katzen, Hunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Produkte für medizinische Untersuchungen
z.B.: radiologisches Kontrastmittel, iso-Betadine®

Geben Sie das Produkt an, auf das Sie allergisch reagieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....						

IHRE SCHMERZEN

Um Ihnen eine individualisierte Betreuung anbieten zu können, ist es uns wichtig, zu verstehen, was Sie empfinden. **Das Ausfüllen von Informationen auf dieser Seite ist optional und hängt von Ihrem Empfinden ab.** Sie sind jedoch sehr nützlich für die Narkosevorbereitung und die postoperative Schmerzbehandlung.

WIE WÜRDEN SIE IHRE SCHMERZEN BESCHREIBEN? WO TUT ES WEH?

Zeichnen Sie auf dem untenstehenden Diagramm die betroffene(n) Stelle(n).

Beschreiben Sie Ihr Empfinden mit Ihren eigenen Worten

.....

.....

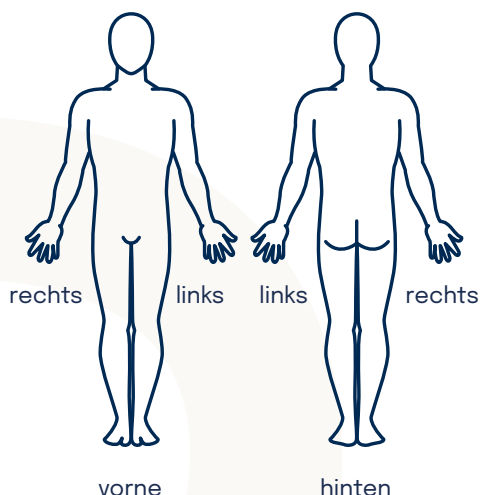
.....

.....

.....

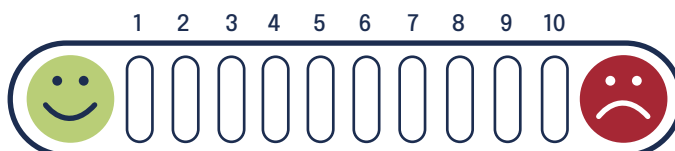
.....

.....



WIE STARK SIND IHRE SCHMERZEN JETZT?

Die Note 0 entspricht „keine Schmerzen“, die Note 10 entspricht „am stärksten vorstellbare Schmerzen“.



Mit welcher Note würden Sie Ihre Schmerzen in Ruhe (ohne Bewegung) bewerten? /10

Mit welcher Note würden Sie Ihre Schmerzen in Bewegung (z.B. beim Gehen) bewerten? /10

WIE WÜRDEN SIE IHRE EINSTELLUNG ZUR OP BESCHREIBEN?

	Gar nicht	Ein bisschen	Ziemlich	Sehr
Ich mache mir Gedanken bezüglich der Anästhesie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Gedanken bzgl. der Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Gedanken bzgl.				
.....				
.....				

Während Ihres Krankenhausaufenthaltes:

Zögern Sie nicht, sich bei Schmerzen zu melden. Wir tun alles, damit es Ihnen besser geht.

Bei Ihrer Rückkehr nach Hause:

Wenn Ihre Schmerzen trotz vorgesehener Behandlung bestehen bleiben, kontaktieren Sie bitte Ihren Hausarzt. Er kann gegebenenfalls Kontakt zum Krankenhaus aufnehmen.

PSYCHOLOGISCHE HILFE

Eine Operation ist immer ein ungewohntes Erlebnis in einem ungewohnten Umfeld. Selbst wenn Sie wissen, dass der Eingriff zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes beiträgt, können Angst und Unsicherheit als normale Reaktion des Körpers auftreten.

Hier sind einige Möglichkeiten, wie Sie zu Ihrer eigenen Entspannung beitragen können:

- Schreiben Sie Ihre Fragen vor der ärztlichen Sprechstunde auf, um nichts zu vergessen.
- Bringen Sie jemanden zur ärztlichen Sprechstunde mit, der Sie unterstützt.
- Informieren Sie sich bei den Ärzten, Anästhesisten, Pflegekräften usw. über den geplanten Eingriff.
- Teilen Sie dem Personal Ihre Gedanken und Sorgen mit. Reden kann helfen.

Für zusätzliche psychologische Unterstützung steht der psychologische Dienst Ihnen gerne zur Verfügung. Das kann der Dienst für Sie tun:

- Ein stützendes Gespräch anbieten.
- Ihnen kleine Tipps und Entspannungstechniken an die Hand geben.
- Sie beraten und eventuelle Fragen nach Möglichkeit abklären.

Melden Sie sich zu einem Gespräch:

- Telefon: 080 85 43 72
- Mail: psychologischer.dienst@klinik.st-vith.be
- Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 9-16 Uhr
- Tarif: 25€ für 30 Minuten, 50€ für 60 Minuten (teilweise von der Krankenkasse erstattet)
- Bei Bedarf sind weitere Gespräche nach der Operation möglich.



VR (3D) BRILLE ZU IHRER ENTSPANNUNG

Fragen Sie das Pflegepersonal nach einer VR Brille. Diese ermöglicht es Ihnen **vor**, **während** (bei Teilnarkose) und/oder **nach** der Operation in eine von Ihnen ausgewählte virtuelle Welt einzutauchen. Während der 20-minütigen Sitzung tragen hypnotische Entspannung, beruhigende Musik und gezielte Atemübungen zu Ihrem Wohlbefinden bei.



INFORMATIONEN ZU DEN UNTERSCHIEDLICHEN ANÄSTHESIEFORMEN

Die folgenden Seiten dienen dazu, Sie über die Anästhesieformen sowie ihre Vorteile und Risiken zu informieren. Wir bitten Sie, diese Seiten aufmerksam durchzulesen, damit Sie informiert in das vom Anästhesisten vorgeschlagene Verfahren einwilligen können. Sie können diesem Arzt auch Fragen zu dem Verfahren stellen. Bei Fragen zu dem Eingriff, für den eine Anästhesie notwendig ist, wenden Sie sich bitte an den Spezialisten, der den Eingriff durchführt.

WAS IST DIE ANÄSTHESIE?

Bei der Anästhesie handelt es sich um eine Reihe von Techniken, mit denen sich eine chirurgische, geburtshilfliche oder medizinische Handlung (Endoskopie, Radiologie, usw.) unter Ausschaltung oder Linderung der Schmerzen durchführen lässt. Es gibt grundsätzlich drei verschiedene Arten von Anästhesie: Die **Allgemeinanästhesie** (Vollnarkose) ist ein schlafähnlicher Zustand, der durch intravenös injizierte Arzneimittel und/oder durch das Einatmen von Narkosegas mit einem entsprechenden Gerät herbeigeführt wird. Die **Regionalanästhesie** beruht auf verschiedenen Techniken und bietet die Möglichkeit, gezielt nur den zu operierenden Bereich Ihres Körpers zu betäuben. Das Prinzip besteht darin, dass die Nerven dieser Region anästhesiert werden, indem man in ihrer Nähe ein örtlich betäubendes Mittel einspritzt. Eine zusätzliche Sedierung (Döseschlaf) oder eine Allgemein- anästhesie (Vollnarkose) kann hierbei zum Einsatz kommen. Die periphere Nervenblockade ist eine Form der örtlich wirksamen Anästhesie, mit der ein oder mehrere Nerven oder der

Nervenplexus blockiert werden. Zur Durchführung dieser Handlung bedient sich der Arzt eines Ultraschallgerätes oder eines kleinen Gerätes zur elektrischen Stimulation. Die **Spinalanästhesie** und die **Periduralanästhesie** sind zwei Sonderformen der Regionalanästhesie, bei denen das Narkosemittel in die Nähe des Rückenmarks und der hieraus austretenden Nerven eingespritzt wird.

Im Laufe des Vorgesprächs können Sie alle Fragen stellen, die Sie zu Ihrer Information für hilfreich halten. Die Wahl der Anästhesieform hängt von der geplanten Handlung, von Ihrem Gesundheitszustand und von dem Ergebnis der eventuell angeordneten Zusatzuntersuchungen ab. Die letzte Entscheidung zur Wahl der Anästhesie unterliegt der Verantwortung des für Sie zuständigen Anästhesisten am Tag des Eingriffs.

WIE WERDEN SIE WÄHREND DER ANÄSTHESIE UND DER AUFWACHPHASE ÜBERWACHT?

Die Anästhesie, ganz gleich welcher Art, erfolgt in einem dafür entsprechend ausgerüsteten Raum, der für Ihren Fall geeignet ist und vor jeder Benutzung überprüft wird. Alles, was mit dem Körper in Berührung kommt, ist entweder Einwegmaterial oder wird sachgemäß desinfiziert und sterilisiert. Nach Abschluss des Eingriffs werden Sie in einen Aufwachraum gebracht, in dem Sie laufend überwacht werden, bevor Sie dann zurück in Ihr Zimmer dürfen oder das Krankenhaus verlassen dürfen. Während der Narkose und des Aufenthaltes im Aufwachraum werden Sie unter der Verantwortung eines Anästhesisten von qualifiziertem Pflegepersonal betreut.

MIT WELCHEN RISIKEN IST DIE ANÄSTHESIE VERBUNDEN?

Jede medizinische Handlung birgt immer ein Risiko, selbst wenn sie mit der nötigen Kompetenz und wissenschaftlichen Sachkenntnis durchgeführt wird. Bei den heutigen Bedingungen, unter denen die Anästhesie und die Aufwachphase überwacht werden, lassen sich Anomalien schnell erkennen und behandeln.

WELCHE NACHTEILE UND RISIKEN BEINHÄLTET DIE ALLGEMEINANÄSTHESIE (VOLLNARKOSE)?

Brechreiz und Erbrechen beim Aufwachen sind mit den neuen Techniken und Arzneimitteln eher selten. Unfälle durch das Eindringen von Erbrochenem in die Lungen kommen sehr selten vor, sofern der Patient die Anweisungen zur Nüchternheit strikt befolgt hat.

Das Einführen eines Tubus in die Luftröhre (Intubation) oder den Rachen (Kehlkopfmaske) zur Sicherstellung der Atmung während der Narkose kann vorübergehende Halsschmerzen oder Heiserkeit verursachen. Auch Zahnverletzungen sind möglich. Es ist daher wichtig, dass Sie jede Zahnsperre/zahntechnische Vorrichtungen oder besondere Zahnanfälligkeiten melden. Möglicherweise entsteht ein Irritationsgefühl in der Vene, in der die Produkte eingespritzt wurden. Es verschwindet nach kurzer Zeit. Vorübergehende Gedächtnisprobleme oder verminderte Konzentrationsfähigkeit können innerhalb der ersten Stunden nach der Narkose auftreten.

Unvorhersehbare lebensbedrohliche Komplikationen, wie schwere Allergie, Herzstillstand, Asphyxie, sind extrem selten. Um eine Größenordnung zu nennen: Schwerwiegende Komplikationen treten nur bei weniger als einer in mehreren hunderttausend Narkosemitteln auf.

WAS SIND DIE NACHTEILE UND RISIKEN DER LOKOREGIONALNARKOSE?

Nach einer Spinal- oder Epiduralanästhesie treten selten Kopfschmerzen auf. Sie benötigen manchmal mehrtägige Ruhepausen und/oder eine spezifische lokale Behandlung. Eine vorübergehende Lähmung der Blase kann die vorübergehende Platzierung eines Harnkatheters erforderlich machen. Auch Schmerzen an der Punktionsstelle im Rücken sind möglich. Bei Schwierigkeiten kann eine erneute Punktion erforderlich sein. Temporärer Juckreiz kann bei der Verwendung von Morphin oder seinen Derivaten auftreten.

Sehr selten kann eine vorübergehende Beeinträchtigung des Hör- oder Sehvermögens beobachtet werden. Abhängig von den damit verbundenen Medikamenten kann es innerhalb von Stunden nach der Narkose zu vorübergehenden Gedächtnisstörungen oder verminderter Konzentrationsfähigkeit kommen. Gravierende Komplikationen wie Krämpfe, Herzstillstand, dauerhafte Lähmung oder unterschiedlich starker Gefühlsverlust sind extrem selten. Es werden einige wenige Fälle beschrieben, während jedes Jahr Hunderttausende solcher Anästhesien durchgeführt werden.



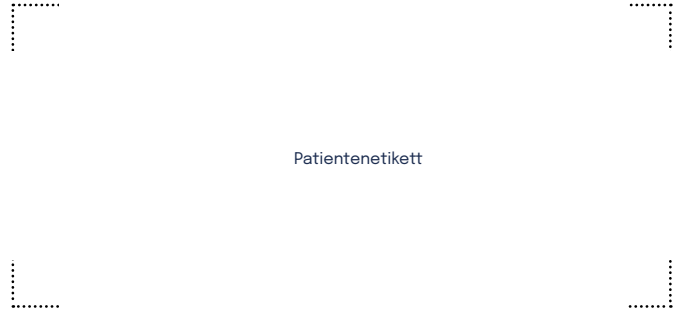
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

CHIRURGIE
ANÄSTHESIE
CHIRURGISCHE TAGESKLINIK

**Bringen Sie die drei Einwilligungserklärungen (Seite 16, 17 und 18)
unterschrieben spätestens am Tag des Eingriffs mit.**



ANÄSTHESIE EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG



Patientenetikett

Ich, Unterzeichnende(r), in eigenem Namen oder gesetzlicher Vertreter von willige ein

- eine Anästhesie für den geplanten Eingriff am / / zu erhalten
- mich einer Transfusion von Blut oder Blutderivaten zu unterziehen, die der Anästhesist gegebenenfalls für unverzichtbar hält.
- Ich erkläre, dass ich in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter des oben genannten Kindes dieses Dokument zur Zustimmung und gemäß den Bestimmungen der Artikel 373 und 374 des Zivilgesetzbuches* unterzeichne.

Art der gewünschten Anästhesie:

- Allgemeinanästhesie
- Regionalanästhesie
- Kombination der zwei Formen

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Informationen über die Risiken, Vor- und Nachteile der verschiedenen Anästhesietechniken, die an den Allgemeinzustand und die Art des durchzuführenden Eingriffs angepasst sind, sowie die finanziellen Informationen im Zusammenhang mit dieser Anästhesie erhalten habe. Ich habe, falls erforderlich, um zusätzliche Erklärungen gebeten, die mir zur Verfügung gestellt wurden. Ich bin auch darüber informiert worden, dass der Arzt mir für weitere Erklärungen zur Verfügung steht. Ich akzeptiere jede Änderung der Methoden, die während der Operation erforderlich sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass ich die mir gegebenen Empfehlungen und Anweisungen zur prä- und postoperativen Versorgung vollständig verstanden habe und dass ich mich bereit erkläre, sie zu befolgen. Ich erkläre, dass ich den Anästhesisten über meinen bisherigen Gesundheitszustand oder den meines Kindes gewissenhaft informiert habe.

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters mit voran gestellter handschriftlicher Erwähnung „gelesen und genehmigt“.

Ausgestellt

in

am/...../.....

.....

***Artikel 373 des Zivilgesetzbuches:**

«Leben die Eltern zusammen, üben sie die Autorität über die Person des Kindes gemeinsam aus. Hinsichtlich gutgläubiger Dritter wird angenommen, dass jeder Elternteil mit dem Einverständnis des anderen handelt, wenn er alleine eine auf diese Autorität bezogene Handlung verrichtet, außer in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen. In Ermangelung eines Einverständnisses kann einer der beiden Elternteile das Familiengericht anrufen. Das Gericht kann einen der Elternteile ermächtigen, einige oder mehrere bestimmte Handlungen alleine zu verrichten.»

***Artikel 374 des Zivilgesetzbuches:**

«Leben die Eltern nicht zusammen, üben sie die elterliche Autorität weiterhin gemeinsam aus und gilt die in Artikel 373 Absatz 2 vorgesehene Vermutung. In Ermangelung eines Einverständnisses über die Organisation der Unterbringung des Kindes, über die wichtigen Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit, Erziehung, Ausbildung, seine Freizeitbeschäftigungen und in Bezug auf die religiösen und philosophischen Anschauungen oder wenn dieses Einverständnis im Widerspruch zu sein scheint mit den Interessen des Kindes, kann das zuständige Familiengericht die Ausübung der elterlichen Autorität ausschließlich einem der Elternteile anvertrauen. Es kann ebenfalls bestimmen, welche Entscheidungen in Bezug auf die Erziehung nur mit dem Einverständnis beider Elternteile getroffen werden können...»

CHIRURGISCHER EINGRIFF ODER UNTERSUCHUNG EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

VOM PATIENTEN ODER DEM GESETZLICHEN VERTRETER
UND DEM ARZT AUSZUFÜLLEN. KREUZEN SIE AN:

- Erwachsener Kind
- Eingriff Untersuchung

Ich, Unterzeichnete(r)
geboren am / / bescheinige, dass während der
Konsultation bei Dr
am / / , vereinbart wurde, dass

- ich (Frau/Herr.....) ab dem
..... / / in der Klinik Sankt Josef hospitalisiert werde,
um mich dort am / / einem chirurgischen
Eingriff oder einer invasiven Untersuchung zu unterziehen
- mein Kind
ab dem / / in der Klinik Sankt Josef hospitalisiert
wird, um sich dort am / / einem chirurgischen
Eingriff oder einer invasiven Untersuchung zu unterziehen

Dieser Eingriff besteht aus
.....
.....

Nachdem ich die Integrität der Informationen bezüglich des Zwecks,
der Art, des Grades der Dringlichkeit, der Dauer, der Häufigkeit, der
Kontraindikationen, der Nebenwirkungen und der mit dem genannten
Verfahren verbundenen Risiken, der Nachsorge, der möglichen Alternativen,
der finanziellen Auswirkungen und der möglichen Folgen im
Falle der Verweigerung oder des Widerrufs der Einwilligung erhalten
und verstanden habe, stimme ich ausdrücklich der Durchführung
des genannten chirurgischen Eingriffs zu. Ich wurde auch informiert,
dass während der Intervention eine unerwartete Entdeckung oder
ein unerwartetes Ereignis den Chirurgen dazu veranlassen könnte,
die Intervention auszuweiten, indem er zusätzliche Handlungen
ausführt, die sich von den ursprünglich geplanten unterscheiden.
Unter diesen Bedingungen ermächtige ich den Arzt, bei absoluter
Notwendigkeit jede Handlung oder Verschreibung vorzunehmen, die
er für notwendig erachtet. Ich bin auch darüber informiert worden,
dass der Arzt mir für weitere Erklärungen zur Verfügung steht.

Patientenetikett

**Ich erkläre ferner, dass ich den
Arzt über meinen bisherigen
Gesundheitszustand oder den
meines Kindes gewissenhaft
informiert habe.**

- Ich wünsche, dass mein
Hausarzt über diesen
Eingriff unterrichtet wird.
- Ich wünsche nicht, dass
mein Hausarzt über diesen
Eingriff unterrichtet wird.
- Ich erkläre, dass ich in mei-
ner Eigenschaft als gesetz-
licher Vertreter des oben
genannten Kindes diesem
Dokument zustimme und
gemäß der Bestimmungen
der Artikel 373 und 374 des
Zivilgesetzbuches (Seite 16)
unterzeichne.

**Unterschrift des Patienten oder
des gesetzlichen Vertreters mit
voran gestellter handschrift-
licher Erwähnung „gelesen und
genehmigt“. Ausgestellt
in
am/...../.....**

CHIRURGISCHE TAGESKLINIK EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Patientenetikett

Ich erkläre, die verschiedenen gesetzlichen Bedingungen für den Aufenthalt in der Tagesklinik zu erfüllen:

- Ich wohne nicht weiter als zirka 50 Minuten von der Klinik St. Josef entfernt (eventuelle Ausnahmen werden durch den Narkosearzt genehmigt).
- Ich besitze einen Telefonanschluss bzw. ein mobiles Telefon.
- Während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ist eine zurechnungsfähige erwachsene Person in der unmittelbaren Nähe (gesetzliches Verbot in der Nacht nach dem Eingriff alleine zu sein).
- Ich habe einen Hausarzt.
- Während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff fahre ich kein Fahrzeug (auch kein Fahrrad), ich lasse mich zu meiner Sicherheit von jemandem abholen.
- Ich benutze keine gefährlichen Gerätschaften bis zum nächsten Morgen nach dem Eingriff.
- Ich nehme während 24 Stunden nach dem Eingriff keinen Alkohol zu mir.
- Ich treffe während 48 Stunden nach dem Eingriff keine wichtigen Entscheidungen und unterschreibe keine wichtigen Dokumente.
- Ich nehme am OP-Tag progressiv wieder Nahrungsmittel zu mir.

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters mit voran gestellter handschriftlicher Erwähnung „gelesen und genehmigt“.

Ausgestellt in

.....

am/...../.....

.....



BEDINGUNGEN FÜR PATIENTEN DER CHIRURGISCHEN TAGESKLINIK

Zu Ihrer Sicherheit hat der Gesetzgeber Bedingungen festgelegt, die für einen Eingriff in einer chirurgischen Tagesklinik erfüllt sein müssen.

- Sie wohnen nicht weiter als zirka 50 Minuten von der Klinik St. Josef entfernt (eventuelle Ausnahmen werden durch den Narkosearzt genehmigt).
- Sie besitzen einen Telefonanschluss bzw. ein mobiles Telefon.
- Während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff ist eine zurechnungsfähige erwachsene Person in Ihrer unmittelbaren Nähe (gesetzliches Verbot in der Nacht nach dem Eingriff alleine zu sein).
- Sie haben einen Hausarzt.

i Wenn die gesetzlichen Bedingungen nicht eingehalten werden können und Ihr Aufenthalt in einer Tagesklinik geplant ist, wenden Sie sich an die Planungszelle unter der Nummer 080 854 577 von Montag bis Freitag zwischen 13 und 16 Uhr.

Nur 1 Begleitperson pro Patient ist im Patientenzimmer erlaubt. Für die Begleitperson ist kein Essen vorgesehen. Die Klinik verfügt jedoch über eine Cafeteria auf der 1. Etage.

NACH DEM EINGRIFF

- Fahren Sie während der ersten 24 Stunden nach dem Eingriff kein Fahrzeug (auch kein Fahrrad), lassen Sie sich zu Ihrer Sicherheit von jemandem abholen.
- Benutzen Sie keine gefährlichen Gerätschaften bis zum nächsten Morgen nach dem Eingriff.
- Nehmen Sie während 24 Stunden nach dem Eingriff keinen Alkohol zu sich.
- Treffen Sie während 48 Stunden nach dem Eingriff keine wichtigen Entscheidungen und unterschreiben Sie keine wichtigen Dokumente.
- Nehmen Sie am OP-Tag progressiv wieder Nahrungsmittel zu sich.
- Respektieren Sie die Empfehlungen der Ärzte und nehmen Sie die verordneten Medikamente ein. Wenn der Narkosearzt oder der Chirurg es erlaubt, dürfen Sie die gewohnten Schmerzmittel und Entzündungshemmer einnehmen.
- Ihr Aufenthalt in der Tagesklinik endet, wenn das medizinische Personal Ihnen das grüne Licht dazu gibt. Tagesklinik bedeutet, Sie bleiben nicht über Nacht. Ihr Aufenthalt kann von 15 Minuten bis zu mehreren Stunden dauern.

ÖFFNUNGSZEITEN DER CHIRURGISCHEN TAGESKLINIK: VON 7 BIS 19 UHR.

NICHT ZU VERGESSEN...

2-3 TAGE VOR DER OPERATION

Bei **Schmerzen oder Fieber** kein Aspirin oder Ibuprofen (Nurofen[®], Brufen[®], Perdophen[®], Spidifen[®]...) einnehmen. Stattdessen können Sie Paracetamol wie Dafalgan[®], Perdolan[®], Algostase[®] oder Panadol[®] * einnehmen.

Sollten Sie **Fieber, Husten** oder eine **Grippe** haben oder eine andere Veränderung Ihres Gesundheitszustandes feststellen, wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt, der die Situation dann beurteilen wird. Im Zweifelsfall wenden Sie sich an unsere Planungszelle.

Sollte der **Eingriff verschoben** werden müssen, informiert Sie die Planungszelle.

Am Tag vor Ihrer Aufnahme oder am Freitag (wenn die Aufnahme an einem Montag stattfindet) erhalten Sie ab 14 Uhr telefonisch die letzten Informationen zu Ihrem Aufenthalt, sowie die genaue Uhrzeit, wann Sie im Krankenhaus erscheinen müssen und ab welcher Uhrzeit Sie nüchtern bleiben müssen.

*falls nicht anders vom Anästhesisten angeordnet

ZU RESPEKTIEREN

- Die vom Anästhesisten erhaltene **Verschreibung/Anweisung** für die Einnahme persönlicher Medikamente (Fortsetzung und/oder Einstellung).
- Die Anweisungen für die **Körperhygiene** (Seite 21).
- Gehen Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes oder kurz danach keine rechtlich bindenden **Verpflichtungen** ein.

NÜCHTERN SEIN

Es ist sehr wichtig vor dem Eingriff nüchtern zu sein. Nüchtern sein bedeutet:

- keine feste Mahlzeit 6 Stunden vor dem Eingriff,
- 8 Stunden vor der OP nicht rauchen (bei Nichtbeachtung steigt das Risiko auf Herz-Kreislauf-Komplikationen um 50 %),
- keine Getränke 3 Stunden vor der OP. Klare Flüssigkeiten wie Wasser, Tee, Apfelsaft, Kaffee ohne Milch sind bis 3 Stunden vor der OP erlaubt. Sie dürfen Ihrem Getränk Zucker beifügen.
- Nehmen Sie Ihre gewohnten morgendlichen Medikamente mit einem Schluck Wasser ein, wenn der Narkosearzt Ihnen dies empfohlen hat.



Wenn Sie einen der Termine verschieben oder annullieren möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Planungszelle für Krankenhausaufenthalte unter der Nummer 080 854 577 wochentags zwischen 13 und 16 Uhr.



PACKLISTE

FÜR IHREN AUFENTHALT BENÖTIGEN SIE:

FÜR ALLE AUFENTHALTE:

- Sollten Sie Antithrombosestrümpfe (Stützstrümpfe) Zuhause haben, bringen Sie sie mit. Besitzen Sie keine, wird Sie das Personal während Ihres Aufenthalts beraten und Ihnen bei Bedarf welche aushändigen.
- Wenn Sie eine Schiene und/oder Krücken haben und diese benötigen, bringen Sie sie mit.
- Falls Sie Medikamente einnehmen, bringen Sie diese bitte mit.

... AUSSERDEM BEI EINEM AUFENTHALT VON MINDESTENS EINER NACHT:

- Toilettenartikel : Seife, Zahnbürste, Zahnpasta, Rasierzeug, eventuell Mittel für die Gebisspflege, Haarbürste
- Handtücher und Waschlappen in ausreichender Anzahl
- Schlafanzüge oder Nachthemden, Unterwäsche zum Wechseln, Bademantel
- Hausschuhe: geschlossene Pantoffel oder festes Schuhwerk (keine Slipper), um einen sicheren Stand zu gewährleisten und die Sturzgefahr zu vermindern
- Trainingsanzug oder bequeme Kleidung
- Eventuell Bücher oder Zeitschriften



Die Klinik haftet nicht bei Diebstahl oder Verlust von Wertgegenständen. Daher lassen Sie Schmuck, Bargeld, etc. Zuhause.

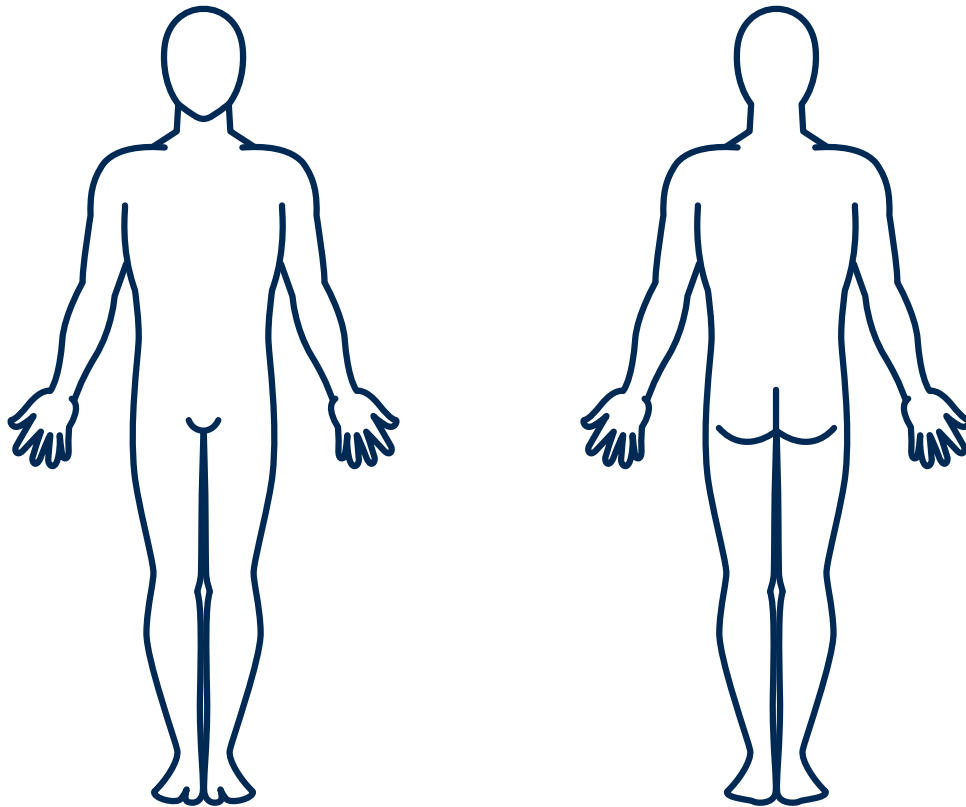


DIE PRÄOPERATIVE HAARENTFERNUNG

NEHMEN SIE DIE PRÄOPERATIVE DUSCHE, DIE AUF DEN FOLGENDEN SEITEN ERKLÄRT WIRD.



Entfernen Sie die Haare im zu operierenden Bereich am Tag vorher oder am Morgen des Eingriffs wie auf der Zeichnung durch die Pflegekraft angegeben.



Entfernen Sie die Haare mit einer Haarschneidemaschine/ Trimmer (ohne Klinge) oder einem Elektrorasierer. Wenn nur eine feine Haarschicht vorhanden ist, müssen Sie diese nicht entfernen.



Wenn Sie es gewohnt sind, eine Enthaarungscreme zu verwenden, tun Sie dies. Benutzen Sie das Produkt, das Sie gewohnt sind (keine Allergien).



Verboten: Verwendung von Einmalrasierern (elektrisch und manuell): dadurch entstehen Mikroschnitte, die eine Infektionsquelle sein können.



Verboten: Haarentfernung mit Wachs oder einem Epilierer: dies erhöht das Infektionsrisiko erheblich, wenn die Haare nachwachsen.

DIE PRÄOPERATIVE DUSCHE

Zur optimalen Vorbereitung auf Ihren chirurgischen Eingriff, möchten wir Sie um Ihre Mitarbeit bitten. Die präoperative Dusche mit einem Desinfektionsmittel dient dazu, Ihre Haut auf den chirurgischen Eingriff vorzubereiten und so das Risiko einer Infektion zu verringern.

EINIGE PRAKTISCHE HINWEISE:

Nutzen Sie eine antiseptische Seife. Das Produkt erhalten Sie von dem Pfleger in der präoperativen Sprechstunde oder rezeptfrei in Ihrer Apotheke:

- **iso-Betadine® Uniwash (2 pro Dusche)**
- **Bei iso-Betadine®-Allergie: Hibiscrub® Unidose (1 pro Dusche)**

Für Kinder unter sechs Jahren können Sie gewöhnliche Seife statt des iso-Betadines benutzen.

VOR DER DUSCHE:

Entfernen Sie Schmuck, Piercings, Make-up, Nagellack und künstliche Nägel. Kürzen Sie Ihre Naturnägel.



Putzen Sie die Zähne. Wenn Sie eine Zahnprothese tragen: reinigen Sie diese und führen Sie eine Mundspülung durch (die Prothese wird unmittelbar vor der Verlegung in den Operationssaal entfernt).

BEREITEN SIE FOLGENDES VOR:

Ein sauberes Handtuch und zwei saubere Waschlappen, saubere Unterwäsche und Kleidung.

Die antiseptische Flüssigseife (iso-Betadine). Brauchen Sie die Dosis vollständig auf.

ANWENDUNG:

1x am Vorabend und 1x am OP-Tag, bevor Sie zum Krankenhaus kommen. Wenn das iso-Betadine® lange genug in Kontakt mit der Haut war während der Dusche, dann wird dieses weißlich.

Nachfolgend finden Sie die Informationen zur Vorgehensweise beim Duschen. Die Reihenfolge des Duschvorganges ist strikt einzuhalten. Eine Dusche ist einem Bad vorzuziehen. Falls Sie nicht über eine Dusche verfügen, duschen Sie sich in der Badewanne ab oder waschen Sie sich am Becken. Dies ist genau so wirkungsvoll. Das Produkt nicht zum Baden in die Badewanne schütten!

WÄHREND DER DUSCHE:

1



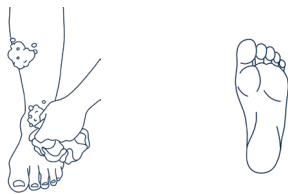
Haare, Gesicht und Körper nass machen. Haare und Gesicht waschen, besonders im Umkreis der Nase und der Ohren.

2



Den Körper waschen, von oben nach unten, besonders im Bereich der Achselhöhlen und des Bauchnabels (auch darin). Bei Frauen auch unter der Brust.

3



Die Beine sowie anschließend die Füße waschen, besonders im Bereich der Fußsohlen und zwischen den Zehen.

4



Gründliches Waschen der Innenseite der Oberschenkel, des Leistenbereiches, der genitalen sowie analen Region.

5

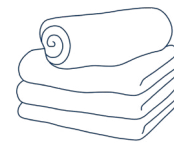
Spülen Sie die Seife gut ab.



6

Waschen Sie erneut die zu operierende Stelle mit dem zweiten Waschlappen bis die Seife weißlich wird. Spülen Sie die Seife anschließend gründlich ab.

7



Trocknen Sie sich mit einem sauberen Handtuch ab. Die zu operierende Stelle zuerst.

i

Im Falle einer Fuß- oder Handoperation, bürsten Sie die Nägel mit dem Iso-Betadine.

NACH DER DUSCHE:

- Feuchtigkeitscremes und/oder Make-up, Haargel und Parfüm sollten nicht verwendet werden.
- Nur Spray-Deodorants sind erlaubt.
- Ziehen Sie saubere und der OP angepasste Kleidung an (bequem, nicht einschneidend).

Wir empfehlen Ihnen sich auszuruhen:

- Bleiben Sie an einem ruhigen Ort, weit weg von Hektik und Stress.
- Vermeiden Sie überfüllte Bereiche (Cafeteria, Raucherzimmer usw...)

BEVOR SIE IN DEN OPERATIONSSAAL GEBRACHT WERDEN:

Sie werden durch das Pflegepersonal betreut, dieses überprüft Ihre Hautvorbereitung.

1. Das Pflegepersonal überprüft und vervollständigt die Rasur wenn nötig.
2. Ziehen Sie das zur Verfügung gestellte Operationshemd an, schließen Sie dieses im Rücken.
3. Gehen Sie noch einmal zur Toilette, waschen Sie sich die Hände.
4. Ziehen Sie Ihre Brille/Kontaktlinsen, Schmuck, Piercings, Zahnprothese und Hörgeräte aus.
5. Wenn dies verlangt ist, ziehen Sie Antithrombosestrümpfe an. Um dies zu tun, müssen Sie die Beine erst 10 Minuten hoch legen (im Bett oder im Sessel). Wenn Sie zu Hause schon Antithrombosestrümpfe besitzen, können Sie sie mitbringen, das Pflegepersonal wird diese dann überprüfen. Die Strümpfe müssen frisch gewaschen sein.
6. In gewissen Fällen ist eine zusätzliche Desinfektion oder Reinigung des zu operierenden Bereichs notwendig.



NACH DEM AUFENTHALT

Folgende Erscheinungen bis zu 24 Stunden nach dem Eingriff können auftreten und sind normal:

- Leichtes Bluten der Wunde
- Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen
- Leichte Kopf- oder Halsschmerzen
- Müdigkeitsgefühl oder Antriebsstörung
- Schweregefühl der Glieder nach einer örtlichen/regionalen Anästhesie
- Leichter Brechreiz oder Schmerz
- Leichter Temperaturanstieg bis 38C°
- Allgemeines Unwohlsein
- Sensible Haut oder leichte Rötungen

Sie werden von unserer Planungszelle am Werktag nach Ihrem Eingriff kontaktiert.

Sollte ein Problem auftreten, zögern Sie nicht, Ihren Hausarzt oder die Klinik Sankt Josef zu kontaktieren (wochentags von 7 bis 15.30 Uhr Empfang Tagesklinik 080/854 160).

Selbstverständlich steht Ihnen die Notaufnahme rund um die Uhr für Notfälle zur Verfügung (080/854 420).

Falls der Chirurg oder Narkosearzt die Notwendigkeit sieht, akzeptieren Sie eine Übernachtung in der chirurgischen Abteilung.



INFORMATIONEN ZUR HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

Hilfe bei der Körperpflege, Injektionen und Wundpflege, wöchentliche Vorbereitung von Medikamenten,...

Ärztehaus*	Telefon	Häusliche Krankenpflege	Telefon
Ärztehaus St.Vith/Oudler	080 330 199	Alle Gemeinden der DG	087 590 780
Progesund	080 292 090	Communes de Bastogne, Lierneux, Vielsalm, Gouvy, Houffalize	Centre de Bastogne, Rue Pierre-Thomas 10R, 6600 Bastogne 061 280 210
		Communes de Lierneux, Malmedy, Waimes, Stavelot, Trois-Ponts	Centre de Verviers, Rue de Dison 175, 4800 Verviers 087 329 090

*Wenn Sie bei einem der folgenden Ärztehäuser angeschlossen sind, kontaktieren Sie dieses zuerst

Selbstständige Krankenpfleger*innen	Telefon
Gemeinde Amel	Equipe Fassbender Jessica 0470 766 805
	Equipe Vandermeeren Dorothy 0471 451 561
Gemeinde Büllingen	Equipe Pothen-Lejoly Catherine (Altgemeinde Büllingen) 0477 326 909
	Equipe Schäfer Freddy (Ortschaft Büllingen) 0498 630 935
Gemeinde Bütgenbach	Equipe Schäfer Freddy 0498 630 935
	Equipe Pothen-Lejoly Catherine 0477 326 909
	Equipe Hanf-Bastin Marie-Claire 0474 462 220
	Equipe Remacle Agnès 0476 478 034
	Centre infirmier de Waimes 078 259 199
Gemeinde Burg-Reuland	Equipe Magraff Julia 0494 631 057
	Pflegedienst Michels 080 221 088
Gemeinde Sankt-Vith	Equipe Magraff Julia 0494 631 057
	Equipe Fassbender Jessica 0470 766 805
Commune Gouvy	Servais Annette 0476 479 041
	Dufasne Christelle 0490 118 155
Commune Vielsalm	Equipe Infisalm Haid Nadia 0498 272 960
Communes de Malmedy & Waimes	Equipe Manez Christine 0472 891 034
	Centre infirmier de Waimes 078 259 199
	Equipe Remacle Agnès 0476 478 034
Ovifat, Sourbrodt, Robertville, Walk, Bruyère, Champagne, Guezaine	Equipe Dumont Catherine 0494 708 712
Mont, Xhoffraix	Equipe Dumont Catherine 0494 708 712
Commune de Lierneux	Equipe Dion Gabrielle 0485 574 138
Commune de Stavelot	Centre de Soins Infirmiers 0471 678 002
Commune de Trois-Ponts	Equipe Dion Gabrielle 0485 574 138



Sollten Sie Hilfe oder Beratung bei der Organisation der häuslichen Krankenpflege benötigen, steht Ihnen der Sozialdienst

von montags bis freitags zur Verfügung: telefonisch unter **080 854 141** oder per Email **sozialdienst@linik-st.vith.be**



T +32 (0)80 854 577
planung@klinik.st-vith.be

KLINIK
ST. JOSEF
ST. VITH

KLINIK ST. JOSEF
Klosterstraße 9
BE - 4780 Sankt Vith



www.klinik.be

WEGBESCHREIBUNG

WIE KOMME ICH ZUR KLINIK?

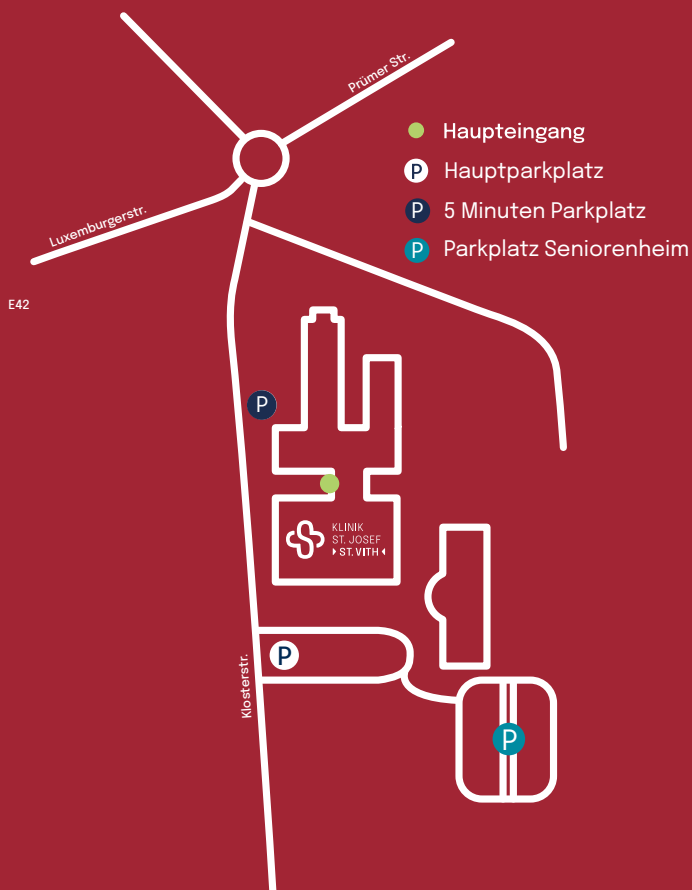
Das Auto können Sie auf den dafür vorgesehenen Parkplatz neben dem Krankenhaus abstellen (neben dem Parkplatz mit Schranke). Sollte dort kein Platz mehr frei sein, können Sie auch den Parkplatz hinter dem Seniorenheim benutzen. Wenn Sie über einen Behindertenausweis verfügen, können Sie den Parkplatz links neben dem Haupteingang der Klinik nutzen (neben dem 5 Minuten Parking) oder den Hauptparkplatz.

Wenn sie zur Tagesklinik möchten:

Gehen Sie zum Haupteingang und nehmen Sie dort die Treppe oder den Aufzug A zur 1. Etage (beides rechts von Ihnen). Folgen Sie der Beschilderung bis hin zur Route 170. Wenn erforderlich, steht Ihnen ein Rollstuhl in der Eingangshalle zur Verfügung.

Wenn Sie in der Chirurgie aufgenommen werden:

Gehen Sie zum Haupteingang und melden Sie sich im Aufnahmebüro, Route 004-005.



Haupteingang Krankenhaus



Empfang Tagesklinik