

# ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen, entsprechend ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Name .....  
 Vorname .....  
 Geburtsdatum .....  
 Adresse .....  
 PLZ/Ort .....  
 Telefon Privat .....  
 Geschäft .....  
 Beruf .....  
 Körpergrösse ..... Gewicht .....  
 Hausarzt Name .....  
 Telefon .....



## PRÄOPERATIVE ABKLÄRUNGEN ANÄSTHESIE

- HA-Bericht
- Kardiologische Abklärungen
- Labor
- EKG
- Lufu
- Medikamente

## GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert? .....  
 Datum der geplanten Operation? .....  
 Welcher Arzt operiert Sie? .....  
 Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Check-up durchgeführt?  ja  nein  
 Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

## FRÜHERE OPERATIONEN

Art der Anästhesie:  
 Wann? .....  Vollnarkose  
 Welche? .....  Teilnarkose  
 Wann? .....  Vollnarkose  
 Welche? .....  Teilnarkose  
 Wann? .....  Vollnarkose  
 Welche? .....  Teilnarkose  
 Wann? .....  Vollnarkose  
 Welche? .....  Teilnarkose

Sind dabei Zwischenfälle bei der Anästhesie aufgetreten?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Traten nach der Anästhesie Beschwerden auf?  ja  nein

Übelkeit/Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden, Hals- und Schluckbeschwerden, Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen, Blutungen?  
 Andere? .....

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

## ALLGEMEINE FRAGEN

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?  ja  nein  
 Wenn ja, weshalb? .....

Rauchen Sie regelmässig?  ja  nein  
 Wenn ja, wie viel? .....

Trinken Sie regelmässig Alkohol?  ja  nein  
 Wenn ja, wie viel? .....

Nahmen/nehmen Sie Drogen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  ja  nein

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?  
 In den letzten 3 Monaten  ja  nein

Haben Sie die Transfusion gut ertragen?  ja  nein

Tragen Sie Zahnersatz?  ja  nein  
 Herausnehmbare Prothese, Stiftzahn, Implantate, Jacketkrone

Haben Sie lockere Zähne?  ja  nein  
 Tragen Sie ein Hörgerät?  ja  nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?  ja  nein

BITTE BRINGEN SIE DIESES FORMULAR IN DIE ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE MIT.



BITTE WENDEN!

**WAREN ODER SIND SIE AN FOLGENDEN ORGANSYSTEMEN KRANK?**

Bitte ausfüllen, entsprechend ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen.

Herz  ja  nein  
 Herzinfarkt, Angina pectoris,  
 Herzfehler, Rhythmusstörungen,  
 Herzmuskelentzündungen,  
 Atemnot bei Anstrengungen  
 oder beim Flachliegen  
 oder .....

Kreislauf  ja  nein  
 Bluthochdruck, niedriger Blutdruck  
 oder .....

Gefässe  ja  nein  
 Durchblutungsstörungen,  
 Krampfadern, Thrombosen  
 oder .....

Lungen und Atemwege  ja  nein  
 Lungenentzündungen, Tuberkulose,  
 Staublunge, Lungenemphysem,  
 Asthma, chronische Bronchitis,  
 Lungenembolie, Husten/Auswurf  
 oder .....

Speiseröhre, Magen, Darm  ja  nein  
 Leber, Gallenblase  
 Sodbrennen, häufiges Erbrechen,  
 Geschwür, Verdauungsprobleme,  
 Gallensteine, Hepatitis  
 oder .....

Stoffwechsel  ja  nein  
 Zuckerkrankheit (Diabetes),  
 Gicht, erhöhte Blutfette  
 oder .....

Schilddrüse  ja  nein  
 Über- oder Unterfunktion, Kropf  
 oder .....

Nieren und Harnwege  ja  nein  
 Nierensteine, Entzündungen,  
 erhöhte Nierenwerte, Dialyse,  
 Blasenentzündungen  
 oder .....

Augen  ja  nein  
 Linsentrübung, grüner Star,  
 Pupillendifferenz, Sehstörungen,  
 Sehschwäche  
 oder .....

Bewegungsapparat  ja  nein  
 Gelenkerkrankung, Rücken-  
 beschwerden, Haltungsschaden,  
 Schulter- oder Armschmerzen

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen  
 bei Ihnen oder bei Blutsverwandten?  
 ja  nein

Blut  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörung (häufiges  
 Nasen- und Zahnfleischbluten,  
 blaue Flecken), Blutarmut (Anämie),  
 sehr starke Monatsblutungen,  
 sonstige starke Blutungen  
 oder .....

Nerven  ja  nein  
 Hirnschlag oder Streifung,  
 Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen,  
 Gefühlsstörung, Vergesslichkeit,  
 Konzentrationsschwäche,  
 Kopfschmerzen, Migräne  
 oder .....

Gemüt: Depression  ja  nein  
 oder .....

Allergie  ja  nein  
 Heuschnupfen, Asthma, Über-  
 empfindlichkeit gegen Medikamente,  
 Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster,  
 Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle  
 oder .....

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  
 ja  nein

(Bitte bringen Sie alle Medikamente in der Original-  
 packung ins Spital mit)  
 Welche?

.....  
 .....

Sonstige, nicht aufgeführte Krankheiten  
 oder Besonderheiten?  
 .....

**BESTÄTIGUNG**

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss  
 ausgefüllt zu haben. Ich habe die Anästhesie-Broschüre  
 sowie das Aufklärungsblatt gelesen und habe keine  
 wichtigen Fragen mehr. Ich bin darüber informiert, dass  
 ich vorgängig telefonisch oder persönlich die Anästhesie  
 besprechen kann. Am Eintrittstag wird noch ein kurzes  
 Gespräch mit dem Anästhesiearzt geführt.

Ort/Datum .....

Unterschrift  
 .....