



Anästhesiefragebogen

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

Name..... Durch die Anästhesistin/den Anästhesisten auszufüllen
Vorname..... kein Bericht nötig
Geburtsdatum..... Bericht angefordert bei
Körpergrösse.....Gewicht am: Visum:

Geplante Operation

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

Frühere Operationen

Art der Anästhesie

Wann? Vollnarkose
Welche? Teilnarkose
Wann? Vollnarkose
Welche? Teilnarkose
Wann? Vollnarkose
Welche? Teilnarkose

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 oder nehmen Sie Drogen? ja nein

Wenn ja, welche?

**Könnte eine Schwangerschaft
bestehen?** ja nein

**Hatten Sie schon einmal eine
Bluttransfusion?** ja nein
wann?

**Sind dabei Zwischenfälle bei der Anästhesie
aufgetreten?** ja nein

Wenn ja, welche?

Treten nach der Anästhesie ja nein

Beschwerden auf?

Übelkeit, Erbrechen, Schwindel
Kältezittern, Atembeschwerden,
Hals- und Schluckbeschwerden
Andere?.....

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

Haben Sie lockere Zähne? ja nein

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein

Kam es bei Blutsverwandten zu ja nein

Anästhesiezwischenfällen

Wenn ja, welche?

**Haben Sie einen Herzschrittmacher
oder Defibrillator?** ja nein

Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?

Entsprechend ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen

Herz ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Stent, Bypass, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Atemnot bei Anstrengung oder beim flach Liegen

Kreislauf ja nein

Bluthochdruck, niedriger Blutdruck

Gefässe ja nein

Durchblutungsstörungen, Krampfadern
Thrombosen

Lungen und Atemwege ja nein

Lungenentzündungen, Tuberkulose, Asthma, Lungenemphysem, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf, Schlafapnoe

Speiseröhre, Magen, Darm, ja nein

Leber, Gallenblase

Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Reflux, Verdauungsprobleme, Gallensteine, Hepatitis

Stoffwechsel ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette

Schilddrüse ja nein

Über- oder Unterfunktion

Nieren Harnwege ja nein

Nierensteine, Entzündungen, erhöhte Nierenwerte, Dialyse

Bewegungsapparat ja nein

Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden
Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen

Blut ja nein

Blutgerinnungsstörung, (häufiges Nasen- und Zahnfleischbluten, blaue Flecken), Blutarmut
Anämie, sehr starke Monatsblutungen

Nerven ja nein

Hirnschlag oder Streifung, Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen, Gefühlsstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Migräne

Allergie ja nein

Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster
Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Bitte Medikamentenliste beilegen, falls vorhanden

Welche?.....

.....

.....

Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder

Besonderheiten

.....

.....

.....

Ich wünsche vorgängig eine telefonische

Besprechung mit der Anästhesistin/dem Anästhesist.

ja

Telefonnummer.....

nein

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich habe das Anästhesieaufklärungsblatt gelesen und bin darüber informiert, dass ich vorgängig telefonisch oder persönlich offene Fragen besprechen kann. Am Eintrittstag wird der betreuende Anästhesiearzt noch ein persönliches Gespräch mit mir führen.

Ort/Datum:

.....

.....

Unterschrift des Patienten:

.....

.....

Bitte schicken Sie diesen Fragebogen mit dem Briefumschlag oder mailen ihn so rasch wie möglich an das Operationszentrum info@narkose-seefeld.ch