

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Adresse _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon privat _____
 Telefon Geschäft _____
 Körpergrösse _____ Gewicht _____
 Beruf _____
 Kontaktperson _____
 Telefon _____
 Hausarzt _____

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

	Jahr	Art der Anästhesie:
Wann/welche? _____	_____	allgemein <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/>
Wann/welche? _____	_____	allgemein <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/>
Wann/welche? _____	_____	allgemein <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/>
Wann/welche? _____	_____	allgemein <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/>

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 Anästhesie-Zwischenfällen? 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 oder nehmen Sie Drogen? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Ja Nein
 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

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein
 (Bitte bringen Sie alle Medikamente ins Spital mit)
 Welche?

Medikamentenplan

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.
_____	___ St.	___ St.	___ St.	___ St.

Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

Herz Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Atemnot bei Anstrengungen oder beim Flachliegen oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Allergie Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kreislauf Bluthochdruck, niedriger Blutdruck oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blut Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gefässe Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund: Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen usw.)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lungen und Atemwege Lungenentzündungen, Tuberkulose, Staublunge, Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustossen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Speiseröhre, Magen, Darm Sodbrennen, häufiges Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niere Erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Blasenentzündung oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres/verstärktes Nachbluten beim Zähneziehen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gab/gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) Fälle von Blutungsneigung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse Über- oder Unterfunktion, Kropf oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ist bei Ihnen eine Blutarmut (Anämie) bekannt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augen Linsentrübung, grüner Star, Pupillendifferenz, Sehstörungen, Sehschwäche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Zusatzfrage an Patientinnen: Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden-/Tamponwechsel)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gab oder gibt es Muskelerkrankungen bei Ihnen oder bei Blutsverwandten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich habe das Anästhesie-Merkblatt sowie das Aufklärungsblatt gelesen und habe keine wichtigen Fragen mehr. Ich bin darüber informiert, dass ich vorgängig telefonisch (T +41 62 836 71 50) oder persönlich die Anästhesie besprechen kann. Am Eintrittstag wird noch ein kurzes Gespräch mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiearzt geführt.	
Nerven Hirnschlag oder Streifung, Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen, Gefühlsstörung, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Migräne oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ort	
Gemüt Depression oder	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum	
		Unterschrift der Patientin/des Patienten	

**Zentrum für
Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Hirslanden Klinik Aarau**
Schänisweg
CH-5001 Aarau

T +41 62 836 71 50
F +41 62 836 71 51
anaesthesie-aerzte.aarau@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch