



**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        |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <u>Muster 20 mg</u> | <u>1</u> St. | <u>0</u> St. | <u>2</u> St. | <u>0</u> St. |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |
| _____               | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      | ___ St.      |

**Bitte wenden**

## Waren oder sind Sie an folgenden Organsystemen krank?

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

### 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, Staublung, Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf oder

### Speiseröhre, Magen, Darm

Ja  Nein

Sodbrennen, häufiges Erbrechen

### Niere

Ja  Nein

Erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Blasenentzündung oder

### Stoffwechsel

Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette oder

### Schilddrüse

Ja  Nein

Über- oder Unterfunktion, Kropf oder

### Augen

Ja  Nein

Linsentrübung, grüner Star, Pupillendifferenz, Sehstörungen, Sehschwäche

### Bewegungsapparat

Ja  Nein

Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen

### Gab oder gibt es Muskelerkrankungen bei Ihnen oder bei Blutsverwandten?

Ja  Nein

### Nerven

Ja  Nein

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

### Gemüt

Ja  Nein

Depression oder

### Allergie

Ja  Nein

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

### Blut

Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden? Ja  Nein

### Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund:

Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen usw.)? Ja  Nein

blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustossen)? Ja  Nein

Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten? Ja  Nein

Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres/verstärktes Nachbluten beim Zähneziehen? Ja  Nein

Gab/gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) Fälle von Blutungsneigung? Ja  Nein

Ist bei Ihnen eine Blutarmut (Anämie) bekannt? Ja  Nein

Zusatzfrage an Patientinnen:

Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden-/Tamponwechsel)? Ja  Nein

### Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?

Ja  Nein

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.

Ort

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](http://www.hirslanden.ch)