

# ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN AMBULANT

**Für kardiologische Untersuchungen muss dieser Fragebogen NICHT ausgefüllt werden.**

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?  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  
 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 aus-  
gefüllt zu haben. Ich habe das Aufklärungsblatt gelesen  
und habe keine wichtigen Fragen mehr. Ich bin darüber  
informiert, dass ich vorgängig telefonisch oder persön-  
lich die Anästhesie besprechen kann. Am Eintrittstag wird  
noch ein kurzes Gespräch mit dem Anästhesiearzt geführt.

Ort/Datum.....  
Unterschrift  
.....