

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN STATIONÄR

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 EKG
- Kardiologische Abklärungen Lufu
- Labor Medikamente

BITTE BRINGEN SIE DIESES FORMULAR IN DIE ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE MIT.

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
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



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

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