

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
- 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
.....