

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
 KörpergrösseGewicht
 Hausarzt Name
 Telefon



PRÄOPERATIVE ABKLÄRUNGEN ANÄSTHESIE

- HA-Bericht EKG
 Kardiologische Abklärungen Lufu
 Labor Medikamente

BITTE BRINGEN SIE DIESES FORMULAR IN DIE ANÄSTHESIEPRECHSTUNDE 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
 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 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