

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN STATIONÄR

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

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



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
ausgefüllt zu haben. Ich habe das Aufklärungsblatt ge-
lesen und habe keine wichtigen Fragen mehr. Ich bin dar-
über informiert, dass ich vorgängig telefonisch oder per-
sönlich die Anästhesie besprechen kann. Am Eintrittstag
wird noch ein kurzes Gespräch mit dem Anästhesiearzt
geführt.

Ort / Datum
Unterschrift
.....