

# ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

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 .....

**PATIENTENKLEBER**

## 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 Herzschritt-  
 maker oder einen Defibrillator?  ja  nein

INSTITUT FÜR ANÄSTHESIE  
 UND INTENSIVMEDIZIN  
 KLINIK BEAU-SITE  
 SCHÄNZLIHALDE 11  
 3000 BERN 25  
 T 031 335 36 73  
 F 031 335 37 72

ÄRZTEGEMEINSCHAFT  
 ANÄSTHESIE  
 UND SCHMERZTHERAPIE  
 KLINIK PERMANENCE  
 BÜMPLIZSTRASSE 83  
 3018 BERN  
 T 031 990 41 11  
 F 031 991 68 01

INSTITUT FÜR ANÄSTHESIE  
 UND INTENSIVMEDIZIN  
 SALEM-SPITAL  
 SCHÄNZLISTRASSE 39  
 3000 BERN 25  
 T 031 337 80 10  
 F 031 337 80 11

TELEFONISCHE ANÄSTHESIE-  
 SPRECHSTUNDE  
 SALEM-SPITAL  
 MO-FR, VON 10.00 BIS 12.00  
 UND 14.00 BIS 16.00 UHR  
 T 0848 84 84 11



BC\_e-2 OP – Einwilligung

## 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 die Anästhesie-Broschüre  
sowie das Aufklärungsblatt gelesen und habe keine  
wichtigen Fragen mehr. Ich bin darüber informiert, dass  
ich vorgängig telefonisch oder persönlich die Anästhesie  
besprechen kann. Am Eintrittstag wird noch ein kurzes  
Gespräch mit dem Anästhesiearzt geführt.

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