

Patienten-Etikette

**ABTEILUNG ANÄSTHESIE  
UND INTENSIVMEDIZIN**

KLINIK IM PARK  
SEESTRASSE 220  
8027 ZÜRICH  
T 044 209 22 71  
F 044 209 22 78  
ANA-SEKRETARIAT.IMPARK@HIRSLANDEN.CH

# ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen, entsprechend ankreuzen  
und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Körpergrösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

## GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt operiert Sie? \_\_\_\_\_

Datum der geplanten Operation? \_\_\_\_\_

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 oder 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  
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  
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, Leber, Gallenblase**  ja  nein

Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme, Gallensteine, Hepatitis

oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel**  ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes), Schilddrüse, Gicht, erhöhte Blutfette

oder \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**  ja  nein

Hepatitis, HIV

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, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen

Gab oder gibt es Muskel-erkrankungen 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, Überempfindlichkeit gegen: Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle

oder \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**  ja  nein

(Bitte bringen Sie alle Medikamente ins Spital mit)

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?**

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich habe die Anästhesie-Broschüre sowie das Aufklärungsblatt gelesen. Das schweizerische Recht verlangt eine frühzeitige Aufklärung des Patienten, abhängig von der Operation, mindestens 1-3 Tage. Wir werden uns deshalb erlauben, Sie wenn immer möglich hierfür in unsere Anästhesiesprechstunde aufzubieten.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

**Den Fragebogen bitte ausfüllen und zusammen mit den übrigen Unterlagen an die Klinik zurückschicken.** Falls die Operation sehr kurzfristig geplant wurde, bringen Sie den Fragebogen (oder eine Kopie) bitte persönlich bei Klinikeintritt bzw. in die Anästhesiesprechstunde mit.