

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN FÜR WERDENDE MÜTTER

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

DURCH ANÄSTHESIST AUSZUFÜLLEN

kein Bericht nötig kein Bericht
 kein Bericht geplant:
 Bericht angefordert bei:
am:
Visum:

GEPLANTER GEBURTSTERMIN

Ist ein Kaiserschnitt geplant? ja nein

Datum der geplanten Operation?

Welcher Arzt betreut Sie?

FRÜHERE OPERATIONEN

Art der Anästhesie:
Wann? Vollnarkose
Welche? Teilnarkose
Wann? Vollnarkose
Welche? Teilnarkose

Kam es bei früheren Schwangerschaften zu Problemen? ja nein

Wenn ja, welche?

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 Anästhesie-Zwischenfällen? 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?

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 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, Herzmuskel-
entzündungen, 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, Staublung,
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, Pupillen-
differenz, Sehstörungen, Sehschwäche

oder

Bewegungsapparat ja nein
Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden,
Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen
bei Ihnen oder ja nein
bei Blutsverwandten?

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, Anfalls-
leiden (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 ja nein
zurzeit Medikamente ein?
(Bitte bringen Sie alle Medikamente ins Spital mit)
Welche?

.....

.....

Sonstige, nicht aufgeführte Krankheiten oder
Besonderheiten/Probleme in der jetzigen
Schwangerschaft?

.....

.....

BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss
ausgefüllt zu haben. Ich bin darüber informiert, dass ich
vorgängig telefonisch oder persönlich die Anästhesie
besprechen kann. Am Eintrittstag wird evtl. noch ein kur-
zes Gespräch mit dem Anästhesiearzt geführt.

Ort/Datum

Unterschrift

.....