

Fragen zu Ihrer Anästhesie

Seite 1

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und bringen Sie ihn zum Narkosegespräch mit.

Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls kommentieren.

Patientenetikette

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

1. Körpergewicht: kg Körpergrösse: cm
-
2. Fühlen Sie sich gesund? Ja Nein:
-
3. Können Sie ohne Unterbrechung 2 Stockwerke Treppen steigen? Ja Nein:
-
4. Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Nein Ja:
-
5. Tragen Sie Zahnersatz? Nein Ja:
-
6. Haben Sie lockere Zähne? Nein Ja:
-
7. Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja: Welche?
-
8. Rauchen Sie? Nein Ja: Was? Wieviel?
-
9. Trinken Sie Alkohol? Nein Ja: Was? Wieviel?
-
10. Nehmen Sie Drogen? Nein Ja: Was? Wie oft?
-
11. Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung? Nein Ja: Wenn Ja, warum?
-
12. Haben Sie eine Medikamenten-Allergie? Nein Ja: Welche?
-
13. Haben Sie weitere Allergien? Jod, Latex etc. Nein Ja: Welche?
-
14. Wurden Sie bereits operiert? Nein Ja: Wann / was?
-
15. Traten während der Operation Probleme auf? Nein Ja: Welche?
-
16. Traten nach der Anästhesie Beschwerden auf? Nein Ja: Welche?
-
17. Kam es bei Verwandten zu Anästhesie-Zwischenfällen? Nein Ja: Welche?
-

Fortsetzung siehe Rückseite >

Fragen zu Ihrer Anästhesie

Seite 2

Sind oder waren Sie an einem der folgenden Organe erkrankt oder liegen Besonderheiten vor?
Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls kommentieren.

18. **Herz: Angina pectoris, Herzinfarkt, Bypass, Stent,**
Rhythmusstörungen, Herz- oder Klappenfehler,
Atemnot bei Anstrengung oder Flachliegen oder: Nein Ja:
-
19. **Kreislauf:** hoher-/niedriger Blutdruck oder: Nein Ja:
-
20. **Gefäße:** Krampfader, Thrombose,
Durchblutungsstörung oder: Nein Ja:
-
21. **Lunge/Atemwege:** chronische Bronchitis, Asthma,
Staublunge, starkes Schnarchen, Lungenembolie oder: Nein Ja:
-
22. **Magen/Speiseröhre:** saures Aufstossen,
Magenbrennen, Erbrechen, Geschwür oder: Nein Ja:
-
23. **Schilddrüse:** Kropf, Über-/Unterfunktion oder: Nein Ja:
-
24. **Leber/Galle/Pankreas:** Steine, Entzündung oder: Nein Ja:
-
25. **Niere/Harnwege:** Steine, Entzündung,
verminderte Funktion, Prostata-Vergrößerung oder: Nein Ja:
-
26. **Stoffwechsel:** Diabetes, Gicht oder: Nein Ja:
-
27. **Augen:** grüner-/grauer Star oder: Nein Ja:
-
28. **Gehirn:** Durchblutungsstörung, Epilepsie,
Parkinson, Alzheimer, Kopfschmerzen oder: Nein Ja:
-
29. **Nerven:** Gefühlsstörungen, Lähmungen oder: Nein Ja:
-
30. **Gemüt:** Depression, Ängste, Panik oder: Nein Ja:
-
31. **Knochen/Gelenke:** Gelenkerkrankungen,
Rückenbeschwerden, Rheuma oder: Nein Ja:
-
32. **Muskeln/Haut:** Muskelschwund oder Muskel-
erkrankungen (auch in der Verwandtschaft),
Tätowierungen über der Wirbelsäule,
Piercings oder: Nein Ja:
-
33. **Blut:** Blutgerinnungsstörung, häufiges Nasen- oder
Zahnfleischbluten, blaue Flecken oder: Nein Ja:
-
34. Sonstiges:
-

Datum:

Unterschrift Patient:

(Werte werden vom Personal vor der Sprechstunde gemessen)

Blutdruck: _____ / _____ mmHg Puls: _____ / Min