

# FRAGEBOGEN ANÄSTHESIE



KANTONSSPITAL  
OBWALDEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um Ihre Anästhesie so schonend und sicher wie möglich durchzuführen, bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit/Ihren Vorerkrankungen nach bestem Wissen zu beantworten. Die Anästhesistin/der Anästhesist wird offene Fragen, sowie die empfohlene Anästhesiebegleitung ausführlich mit Ihnen im Narkosegespräch besprechen.

**Vor- und Nachname / Geburtsdatum**

Aktuelle Grösse \_\_\_\_\_ cm      Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen/Symptome?

Bitte Zutreffendes ankreuzen / unterstreichen / auf der Rückseite notieren

			Ja	Nein
<b>Allergien</b>	z.B. auf Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Nahrungsmittel, Früchte (z.B. Kiwi, Ananas), Metall (z.B. Nickel), starke <b>Neben-/unerwünschte Wirkungen</b> auf Medikamente. Wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie einen <b>Allergieausweis</b> ? Bitte senden Sie uns eine Kopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz</b>	z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern), Stent-/Bypass-/Herzklappen/Schrittmacher/Defibrillator-OP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blutdruck</b>	<input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> mit Medikamenten therapiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Belastbarkeit</b>	<b>Luftnot / Enge auf der Brust</b> , wenn Sie zwei Stockwerke Treppen steigen oder bergauf Laufen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lunge</b>	z.B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Heimsauerstofftherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schlafapnoe</b>	OSAS	<input type="checkbox"/> mit CPAP-Gerät	<input type="checkbox"/> ohne CPAP-Gerät	<input type="checkbox"/>
<b>Leber</b>	z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose, Varizenblutung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren</b>	z.B. Nierenversagen, Entzündungen, Nierensteine, Dialyse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Magen/Darm</b>	z.B. Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen, Colitis ulcerosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> mit Insulin <input type="checkbox"/> mit Tabletten	<input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüse</b>	z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nerven-system</b>	z.B. Epilepsie, Lähmungen, Schlaganfall, Streifung/TIA, Schwindel, Parkinson, Migräne, Demenz, Depression, Panikattacken, Platzangst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Muskulatur</b>	z.B. Muskelschwäche, maligne Hyperthermie, Muskeldystrophie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Skelett</b>	z.B. Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Osteoporose, Rheuma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gefässse</b>	z.B. PAVK, Gefässverschluss/-aneurysma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blut/-gerinnung</b>	z.B. Faktor-V-Leiden, Thrombose, Lungenembolie, von Willebrand Syndrom, Hämophilie, Anämie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutungsneigung z.B. häufige unerklärte Blutergüsse, Nasen- oder Zahnfleischbluten, Nachblutungen nach Operationen/Geburten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hatten Sie einmal eine Gerinnungsabklärung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionen</b>	z.B. Hepatitis B oder C, HIV/AIDS, Tuberkulose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tumore</b>	Wenn ja: welche, wann, welche Therapie (OP/Chemo/Bestrahlung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem</b>	z.B. Autoimmunerkrankung, Multiple Sklerose, Myasthenie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen</b>	Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> ? Wenn ja: Wieviele Woche? Wann ist errechneter Termin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus ⇒

<b>Konsumieren oder haben Sie regelmässig konsumiert:</b>		
<b>Nikotin</b>	Wenn ja, wieviel pro Tag und seit/vor wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alkohol</b>	Wenn ja, welche Menge, von was, pro Tag/Woche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Drogen</b>	Wenn ja, welche, wie oft pro Tag/Woche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>Haben oder hatten Sie:</b>		Ja	Nein
<b>Medikamente</b> , die Sie regelmässig einnehmen? Bitte notieren Sie Ihre Medikamente auf diesem Fragebogen / legen Sie eine Medikamenten-Liste bei.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Medikamente zur Blutverdünnung oder -plättchenhemmung?</b> z.B. ASS, Xarelto/Rivaroxaban, Eliquis, Marcoumar. Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Blutprodukte in den letzten 14 Tagen</b> z.B. Erythrozytenkonzentrate erhalten?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Vorherige Operationen?</b> Wenn ja, was wurde operiert/wann:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Vorherige Narkosen?</b> Wenn ja, welche Art der Narkose hatten Sie:	<input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Teilnarkose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Probleme bei Operationen oder Narkosen?</b> Wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Zahnersatz/-probleme:</b> z.B. Prothesen (Voll/Teil), lockere Zähne/Wackelzähne?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Hörgeräte, Kontaktlinsen, Piercings oder Metall im Körper?</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Stationäre Spitalaufenthalte</b> den letzten 12 Monaten? Wenn ja, weshalb:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>EKG/Herz-Untersuchungen</b> in den letzten 6 Monaten?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Labor/Blut-Untersuchungen</b> in den letzten 6 Monaten?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Aktuell ärztliche Behandlungen/Therapien</b> , die <u>nicht im Zusammenhang mit der geplanten OP</u> stehen? Wenn ja, welche:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Eine <b>Patientenverfügung</b> ? Bitte senden Sie uns eine Kopie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Fragen an den Narkosearzt?</b> Möchten Sie uns vorab noch etwas mitteilen?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Korrektheit der oben gemachten Angaben.

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

**Ihre Sicherheit ist unser höchstes Behandlungsziel – Ihr Anästhesieteam**

✉ [anaesthesia@ksow.ch](mailto:anaesthesia@ksow.ch) | ☎ 041 666 40 72