

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

Sie haben mit einem Operateur/einer Operateurin des Kantonsspitals Obwalden einen Operationstermin mit Anästhesie-Begleitung vereinbart.
Wir als Narkoseteam des Kantonsspitals Obwalden freuen uns darauf, Sie während Ihres Eingriffes begleiten zu dürfen.

Ganz gleich ob eine Vollnarkose, eine Teilnarkose oder eine Operation in örtlicher Betäubung mit Begleitung durch das Narkoseteam (LA-Standby/Sedation) geplant ist, benötigen wir als Narkoseteam für Ihre sichere Betreuung Informationen über Ihren Gesundheitszustand.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und ihn danach beim Praxisteam/Sekretariat Ihres Operateurs abzugeben.

Wichtig:

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können bzw. Unklarheiten bestehen, lassen Sie die entsprechende Frage einfach unbeantwortet.

Wir werden den Fragebogen in unserem Narkosegespräch mit Ihnen detailliert besprechen und alle Unklarheiten und offenen Fragen klären.

Wir freuen uns Sie in Kürze bei uns im Kantonsspital Obwalden begrüßen zu dürfen.

Ihre Sicherheit hat für uns oberste Priorität.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe

Für das Team der Anästhesie



Nadine Krumm
Leitende Ärztin Anästhesie
Ärztliche Leitung Sekretariat Anästhesie



Prof. Dr. med. Stefan Suttner
Chefarzt Anästhesie
Kantonsspital Obwalden

Sie dürfen dieses Anschreiben gerne mit zu Ihren Unterlagen nehmen.
Haben Sie Fragen, kontaktieren Sie uns gerne per ✉ anaesthesie@ksow.ch oder
☎ 041 666 40 72

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.

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

Ja	Nein
----	------

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

Nikotin	Wenn ja, wieviel pro Tag und seit/vor wie vielen Jahren?	☐	☐
Alkohol	Wenn ja, welche Menge, von was, pro Tag/Woche?	☐	☐
Drogen	Wenn ja, welche, wie oft pro Tag/Woche?	☐	☐

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus ⇒

Haben oder hatten Sie:

Bitte Zutreffendes ankreuzen / unterstreichen

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

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✉ anaesthesie@ksow.ch / ☎ 041 666 40 72