

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