

FRAGEBOGEN ANÄSTHESIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die Anästhesistin/der Anästhesist wird im Narkosegespräch mit Ihnen zusammen die für Sie empfohlene Anästhesie persönlich besprechen. Ein entsprechendes Aufgebot wird Ihnen in Kürze zugesandt.

Um Ihre Anästhesie so schonend und sicher wie möglich durchzuführen, bitten wir Sie uns vorab die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit/Ihren Vorerkrankungen nach bestem Wissen auszufüllen.

Leiden oder litten (wenn ja, wann?) Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bitte Zutreffendes ankreuzen / unterstreichen. Gerne dürfen Sie auch auf der Rückseite weitere Informationen angeben.

Ja	Nein	
☐	☐	Herzerkrankungen? z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern) Stent-/Bypass-/Herzklappen-OP, Schrittmacher/Defibrillator-Implantation
☐	☐	hoher / tiefer Blutdruck? ☐ hoch ☐ tief
☐	☐	Gefässerkrankungen? z.B. Lungenembolie, Gefässverschluss/-aussackung, Thrombosen
☐	☐	Lungenerkrankungen? z.B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Heimsauerstofftherapie
☐	☐	Schlafapnoe-Erkrankung / OSAS? ☐ mit CPAP-Gerät therapiert
☐	☐	Lebererkrankung? z.B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Leberzirrhose, Varizenblutung
☐	☐	Nierenerkrankungen? z.B. chronisches Nierenversagen, Entzündungen, Nierensteine, Dialyse
☐	☐	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus ☐ mit Insulin therapiert
☐	☐	Erkrankungen des Nervensystems? z.B. Epilepsie, Lähmungen, Schlaganfall, TIA/Streifung, Parkinson, Demenz oder psychische Erkrankungen, z.B. Depression, Schizophrenie, Panikattacken, Platzangst
☐	☐	Muskelerkrankungen? z.B. Muskelschwäche, maligne Hyperthermie, Muskeldystrophie
☐	☐	Erhöhte Blutungsneigung? z.B. häufig Blutergüsse, Nasen- oder Zahnfleischbluten, Nachblutungen nach Operationen/Geburten
☐	☐	Erkrankungen des Blutes? z.B. Faktor-V-Leiden, von Willebrand Syndrom, Hämophilie, Anämie
☐	☐	Tumor-/Krebserkrankungen? Wenn ja, welche?
☐	☐	Erbkrankheiten/Autoimmunkrankheiten z.B. MS, Myasthenie, zystische Fibrose
☐	☐	Allergien? z.B. Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Nahrungsmittel, Früchte (z.B. Kiwi, Ananas), Metall (z.B. Nickel), starke Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen auf Medikamente? Wenn ja, welche?
☐	☐	Magen-/Darmprobleme? z.B. Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen, Colitis ulcerosa
☐	☐	Erkrankung des Skeletts? z.B. Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Osteoporose, Rheuma
☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen? z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion
☐	☐	Ansteckende Erkrankungen? z.B. Hepatitis B oder C, AIDS, Tuberkulose
☐	☐	Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung?
☐	☐	Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Bluttransfusion erhalten?
☐	☐	Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein?
☐	☐	Bitte legen Sie eine Medikamentenliste bei oder notieren Sie die Medikamente auf der Rückseite
☐	☐	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Aufenthalt im Spital? Wenn ja, weshalb?
☐	☐	Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung die nicht im Zusammenhang mit der geplanten Operation steht? Wenn ja, weshalb?
☐	☐	Können Sie ohne Unterbruch / ohne Luft-/Atemnot die Treppen 2 Stockwerke hochsteigen?
☐	☐	Wurden Sie bereits einmal operiert? Wenn ja was / wann / in welchem Spital?
☐	☐	Haben Sie die Anästhesie gut vertragen? Wenn nein, warum nicht?
☐	☐	Gibt es Blutsverwandte mit Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose?
☐	☐	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag und seit wie vielen Jahren?
☐	☐	Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag/Woche?
☐	☐	Nehmen Sie regelmässig Drogen? Wenn ja, welche, wieviel pro Tag/Woche?
☐	☐	Haben Sie Zahnprobleme? z.B. Prothesen, Zahnersatz, lockere Zähne
☐	☐	Haben Sie Piercings, Hörgeräte?
☐	☐	Haben Sie eine Patientenverfügung? Wenn ja, bitte senden Sie uns ein Exemplar zu
☐	☐	Für Frauen: sind Sie schwanger?

Aktuelle(s) **Gewicht** _____ kg / **Grösse** _____ cm

Ich habe ☐ keine weiteren Fragen/Anmerkungen ☐ meine Fragen/Anmerkungen auf der Rückseite vermerkt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der oben gemachten Angaben.

Datum _____ Patient/in _____