

Anästhesie-Fragebogen

Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Spital? ja nein
 wenn ja: wann: _____
 wo: _____
 warum: _____

Sind Sie regelmässig beim Hausarzt
 in Behandlung? ja nein
 wenn ja: warum: _____

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente
 regelmässig (täglich) ein? ja nein
 wenn ja: welche: _____

 (oder separate Liste)

Ist Ihre normale körperliche Aktivität oder
 Ihr Allgemeinzustand beeinträchtigt? ja nein
 wenn ja: wie: _____
 seit wann: _____

Haben Sie schon je eine Operation oder
 Narkose/Teilnarkose erhalten? ja nein
 wenn ja: warum: _____

Hatten Sie damit irgendwelche Probleme? ja nein
 wenn ja: welche: _____

Fragen zum Herz-/Kreislauf-Befinden (bitte präzisieren Sie allfällige Probleme)

Haben Sie Blutdruckprobleme (zu hoch/zuf tief)? ja nein

Haben Sie Schmerzen, Druck oder
 Atemprobleme bei Anstrengung
 (z. B. 1 Stockwerk flüssig Treppen steigen)? ja nein

Bemerken Sie manchmal einen unregel-
 mässigen Puls (Herzrasen oder Herstolpern)? ja nein

Haben Sie nachts Probleme, wie häufiges
 Wasserlösen, Unvermögen flach zu liegen? ja nein

Haben Sie geschwollene Beine oder Füsse? ja nein

Fragen zur Lunge

Sind Sie Raucher/in? ja nein

Haben Sie bei Anstrengung Luftnot? ja nein

Haben Sie Asthma, chronischen Auswurf,
 chronischen Husten? ja nein

Müssen Sie regelmässig inhalieren? ja nein

Übrige Fragen

Haben Sie schon mal eine Lähmung gehabt
 (eine «Streifung» oder ein «Schlägli»)? ja nein

Haben Sie andere neurologische Krankheiten
 (z. B. Epilepsie, Migräne oder Muskelkrank-
 heiten)? ja nein

Haben Sie Nierenprobleme (z. B. Dialyse)? ja nein

Haben oder hatten Sie Leberprobleme
 (z. B. Gelbsucht) ? ja nein

Haben Sie Diabetes, andere Hormon-
 krankheiten (z. B. Schilddrüsenleiden)? ja nein

Haben Sie Probleme mit der Blutgerinnung
 (z. B. Blutverdünnung, Blutung beim Rasieren,
 Zähneputzen usw.)? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Haben sie eine bekannte Blutarmut? ja nein

Haben Sie bösartige Tumorerkrankungen
 (jetzt oder früher)? ja nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol
 oder nehmen Sie andere Drogen ein? ja nein

Haben Sie defekte oder wacklige Zähne? ja nein

Tragen Sie Zahnprothesen? ja nein

Gewicht: _____ kg

Körpergrösse: _____ cm

Bitte nehmen Sie zur Anästhesiebesprechung und Untersuchung Ihre Medikamentenliste mit, wenn vorhanden, auch das EKG.
 Damit vermeiden Sie unnötige Zusatzuntersuchungen.
 Mit der Unterschrift auf diesem Formular bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben auf dem Fragebogen.

Ort, Datum _____

Der/die Patient/in _____