



Anästhesie-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Wir bitten Sie, zur Vorbereitung der bevorstehenden Operation mit Anästhesie die untenstehenden Fragen genau zu beantworten.

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Grösse:	Gewicht:

	Ja	Nein
Wurden Sie bereits einmal narkotisiert resp. operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja was? Wann?.....		
.....		
Kam es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von zwei Stockwerken hochsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: wegen Atemnot? <input type="checkbox"/> Hüfte, Knie? <input type="checkbox"/> andere Gründe? <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hohem Blutdruck (Hypertonie), niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzstolpern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien (z.B. Heuschnupfen, Ekzem, Bienenstichallergie usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankungen, Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilepsie, Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, maligner Hyperthermie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen, Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....		
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente wie Antibiotika (z.B. Penicillin, Bactrim), lokale Betäubungsmittel, Jod, andere Stoffe wie Latex, Gummi, Pflaster, Früchte, Speisen usw.? oder bei Impfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was?.....		
Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasenbluten, Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung ein (z.B. Brillique, Marcoumar, Aspirin, Rivaroxaban, Apixaban, Plavix usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten? Wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pro Tag?..... seit Jahren		
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pro Tag?..... pro Woche?.....		
Nehmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja was? pro Tag?..... pro Woche?.....		
Haben Sie lockere Zähne oder haben Sie Prothesen/Brücken/Stiftzähne/Kronen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Frauen: Sind Sie möglicherweise schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allfällige weitere Angaben		
.....		

Datum: Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/r: