

## 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurden Sie bereits einmal narkotisiert resp. operiert? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>Wenn ja was?..... Wann?.....</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kam es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von zwei Stockwerken hochsteigen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>Wenn nein: wegen Atemnot? <input type="checkbox"/> Hüfte, Knie? <input type="checkbox"/> andere Gründe? <input type="checkbox"/></li> <li>• Leiden Sie unter:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohem Blutdruck (Hypertonie), niedrigem Blutdruck? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzstolpern? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>→ Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Lungenembolie? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Allergien (z.B. Heuschnupfen, Ekzem, Bienenstichallergie usw.)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Schilddrüsenerkrankungen, Nierenerkrankungen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Epilepsie, Migräne? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, maligner Hyperthermie? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>- Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen, Gelenkserkrankungen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> </ul> </li> <li>• Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>Wenn ja, welche? .....</li> <li>• 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? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>Wenn ja, was?.....</li> <li>• Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasenbluten, Zahnfleischbluten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung ein (z.B. Sintrom, Marcoumar, Aspirin, Tiatral, Persantin, Plavix usw.)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten? Wann:..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pro Tag?..... seit ..... Jahren</li> <li>• Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pro Tag?..... pro Woche?.....</li> <li>• Nehmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja was? pro Tag?..... pro Woche?.....</li> <li>• Haben Sie lockere Zähne oder haben Sie Prothesen/Brücken/Stiftzähne/Kronen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Nur für Frauen: Sind Sie möglicherweise schwanger? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></li> <li>• Allfällige weitere Angaben .....</li> </ul>		

Datum:

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/r:

.....

.....