

Anästhesie-Fragebogen

Lieber Patient*, liebe Eltern

Bei Ihnen / Ihrem Kind ist in nächster Zeit ein Eingriff mit Anästhesiebetreuung geplant. Zur Vorbereitung auf das Gespräch mit dem Anästhesisten* bitten wir Sie, unsere Fragen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

aktuelles Patientenetikett
hier aufkleben

► Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen, Ihre Medikamentenpackungen oder -liste, Blutgruppenkarte, Allergiepass und andere Gesundheitsausweise zum Gespräch mit dem Anästhesisten mit.

| | | | nein | ja |
|---|--------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Allgemein | Haben Sie Mühe ohne Unterbruch zwei Stockwerke Treppen zu steigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit unter Erkrankungen folgender Organsysteme: | | | | |
| 2 | Kreislauf | Zu hoher Blutdruck (Hypertonie), zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Herz | Angina pectoris, Herzinfarkt, -fehler, -rhythmusstörungen, unregelmässiger Puls? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Lunge | Asthma bronchiale, chronische Bronchitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Niere/Blase | Nieren- oder Blasenkrankheiten, Nierensteinen, Harnleitersteinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Leber | Gelbsucht, Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Magen | Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Schilddrüse | Vergrösserung, Über-/Unterfunktion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Stoffwechsel | z. B. erhöhter Cholesterinspiegel, Gicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Diabetes | Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Skelett | Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Neurologie | Migräne, Epilepsie, Lähmungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Psyche | Depressionen, Schizophrenie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Gerinnung | Verstärkte Blutungsneigung (entstehen rasch oder spontan blaue Flecken, häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten?) oder Thrombose/Embolie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte beantworten Sie auch diese Fragen:

| | | | | |
|----|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 15 | EKG | Wurde in den letzten Monaten bei Ihnen ein EKG angefertigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Röntgen | Wurde Ihr Brustkorb in den letzten 6 Monaten geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Nikotin | Rauchen Sie? wenn ja: wie viel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Alkohol | Trinken Sie regelmässig Alkohol? wenn ja: wie viel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Drogen | Nehmen Sie regelmässig Drogen? wenn ja: wie viel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Familie | Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Operationen | Wurden Sie bereits einmal operiert oder hatten Sie eine Narkose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Wenn ja woran? | | |
| | Transfusionen | Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ergaben sich bei Ihnen jemals Komplikationen bei einer Bluttransfusion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Medikamente | Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ (z. B. Aspirin, Plavix, Marcoumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Nehmen Sie noch andere Medikamente ein und wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Schwangerschaft | Sind Sie möglicherweise schwanger? Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Allergien | Leiden Sie z. B. unter Heuschnupfen, Bienenstichallergie, Nesselfieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Unverträglichkeit | Reaktionen auf Medikamente, Desinfektionsmittel, Heftpflaster oder Nahrungsmittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Zahnersatz | Tragen Sie im Ober- oder Unterkiefer einen herausnehmbaren Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Anästhesist wird mit Ihnen diesen Fragebogen durchgehen und evtl. Unklarheiten besprechen. Aufgrund Ihrer Vorgeschichte, Ihrer medizinischen Befunde und der Anforderungen der Operation, wird er Sie über mögliche Anästhesieverfahren, deren Vorteile und Risiken aufklären und mit Ihnen zusammen das Narkoseverfahren festlegen.

Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter