

ANÄSTHESIEFRAGEBOGEN

PATIENTENDATEN:

Name:	Vorname:	Geschlecht:	
Geburtsdatum:	Telefon Mobile:	Telefon Privat: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Grösse: Gewicht:
OP-Termin:	Operateur/in:	Praxis:	

Name und Telefon Hausarzt/-ärztin:

GESUNDHEITSANAMNESE:

• Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Erkältung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Waren Sie in den letzten 3 Monaten in ärztlichen Behandlung? Weswegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Sind bei Ihnen Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel) bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Haben Sie in den Letztzen Wochen gerinnungshemmende Medikamente (Aspirin, Marcumar, Plavix oder andere) eingenommen? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Wurden Sie schon einmal operiert? Tragen Sie bitte die wichtige Eingriffe (und Jahr) ein:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Leiden Sie nach einer Operation an Übelkeit und/oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Prothesen, Zahnbrücken)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Haben Sie lockere Zähne? Wenn Ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppen hochsteigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?	
• Herz-/Kreislaufkrankungen: Rhythmusstörungen, Herzfehler, hoher Blutdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Gefässprobleme: Thrombosen, Krampfadern, Embolien, Schlaganfall oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

• Atemwegs-/Lungenprobleme: Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tbc, Schlaf-Apnoe-Syndrom oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Leberprobleme: Fettleber, Gelbsucht, Gallensteine oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis B/C oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Magen- und Darmerkrankungen: Refluxkrankheit, Sodbrennen, Geschwür, Aufstossen oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nierenerkrankungen: Nierenentzündung, Nierensteine, Nierenfunktionsstörung oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Schilddrüsenerkrankungen: Über- oder Unterfunktion, Kropf oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Augenerkrankungen: grauer oder grüner Star, Kontaktlinsen, Augenhochdruck oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nervenleiden, Gemütsleiden: Epilepsie, Lähmungen, Krampfanfälle, Depression oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Muskelerkrankungen: Muskelschwäche oder maligne Hyperthermie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Bewegungsapparat: Gelenkserkrankungen, Rückenprobleme, Bandscheibenprobleme oder andere?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Bluterkrankungen: Blutarmut, verlängerte Blutung nach Zahnziehen od. aus Wunden, Nasenbluten ohne klare Ursache, blaue Flecken ohne Anstossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LEBENSGEWOHNHEITEN:	
• Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Rauchen Sie regelmässig? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nahmen oder nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nehmen Sie regelmässig Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente ein? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

BEMERKUNGEN:

Ort, Datum:

Unterschrift

Bitte senden Sie diese Blätter umgehend, aber mindestens 7 Tage vor dem geplanten Eingriff an:
sergiu@narkoswiss.ch