

Anästhesie-Fragebogen

Zur Abschätzung Ihres Anästhesierisikos bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen in die Anästhesiepraxis im 1. Stock mitzubringen.

Name, Vorname: _____ geb am.: _____

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg Operation: _____

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung oder ist in den letzten Wochen eine ärztliche Behandlung erfolgt?

Falls **JA**, weswegen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls **JA**, bringen Sie bitte Ihren Medikamentenplan mit oder füllen die Tabelle aus:

| Medikament | Dosis (mg, Einheiten, Hub...) | Zeitpunkt und Menge | | | | seit (Datum) |
|------------|-------------------------------------|---------------------|---------|--------|--------|--------------|
| | | morgens | mittags | abends | nachts | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- | | NEIN | JA |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie in der Vergangenheit auf ein Medikament oder einen Stoff allergisch reagiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls JA , worauf haben Sie wie reagiert? _____ | | |
| Wurden Sie in der Vergangenheit bereits operiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls JA , welche Operationen wurden durchgeführt? _____ | | |
| Traten bei einer Operation Komplikationen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls JA , welche Komplikationen? _____ | | |
| Gab es Komplikationen oder Probleme bei einer Narkose oder örtlichen Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls JA , welche? _____ | | |
| Kennen Sie jemanden in Ihrer Blutsverwandtschaft, der Probleme bei einer Narkose hatte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls JA , welche? _____ | | |

| | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine Veranlagung zu hohem Fieber bei / nach einer Narkose (Maligne Hyperthermie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Falls Ja , welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Müssen Sie zu Hause Sauerstoff verabreichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gab es bei einer Bluttransfusion Komplikationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnarchen Sie nachts mit Atempausen oder ist eine Schlafapnoe bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie ohne Unterbrechung zwei Etagen Treppen steigen, ohne Luftnot zu bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benutzen Sie nachts ein CPAP-/BIPAP-Gerät? Falls Ja , bringen Sie die Geräteeinstellungen mit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie jemals aus unklaren Gründen ohnmächtig geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter ständigem Sodbrennen oder ist eine Refluxerkrankung bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie in der Vergangenheit einen Herzinfarkt oder eine Herzattacke erlitten? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist bei Ihnen eine Lebererkrankung bekannt? Falls Ja , welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine Verengung der Herzkranzgefäße (Koronare Herzerkrankung) bekannt? Leiden Sie unter Brustschmerzen bei Belastung (Angina pectoris)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besteht bei Ihnen eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz? Falls Ja , seit wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden bei Ihnen Koronar-Stents eingesetzt? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Operation der Herzkranzgefäße (Bypass-Operation)? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handelt es sich um einen Typ I (insulinpflichtigen) Diabetes mellitus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine angeborene Muskelerkrankung bekannt? Falls Ja , welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzklappenfehler oder eine angeborene Fehlbildung des Herzens? Falls Ja , welche(r)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde der Klappenfehler/die Fehlbildung operiert? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter einer Nervenerkrankung? Falls Ja , welcher? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde bei Ihnen ein Herzschrittmacher oder Defibrillator eingesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck (Glaukom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in der Vergangenheit einen Schlaganfall oder eine vorübergehende Sprachstörung? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter einer Wirbelsäulen- oder Gelenkerkrankung? Falls Ja , welcher? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine Verengung der Halsschlagader bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie lockere Zähne oder tragen Sie einen Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen einer Verengung der Beinarterien bekannt oder haben Sie krampfartige Schmerzen bei längerem Gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tragen Sie ein Piercing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie in der Vergangenheit eine Thrombose oder Lungenembolie erlitten? Falls Ja , wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie schwanger oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden Sie wegen eines Bluthochdrucks behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Falls Ja , wieviel pro Woche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluten Sie stärker als normal oder gab es bei einer Operation eine Blutungskomplikation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Falls Ja , welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Rauchen Sie? Falls Ja , ____ Päckchen pro Tag über ____ Jahre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Hatten oder haben Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |