

Anästhesie-Fragebogen

Zur Abschätzung Ihres Anästhesierisikos bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen ins Spital mitzunehmen. Dieser bildet die Grundlage für das Gespräch mit der Anästhesieärztin/dem Anästhesiearzt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

	JA	NEIN
• Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von zwei Stockwerken hoch steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Leiden Sie unter:		
> erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasenbluten, Zahnfleischbluten?	<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, unregelmäßigem Puls?	<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, Nickel, Bienenstichallergie, usw.)? Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente wie Antibiotika (z.B. Penicillin, Bactrim), Betäubungsmittel (Narkosemittel), Jod oder andere Stoffe wie Latex, Gummi, Pflaster, Bananen, Kiwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Augenkrankheiten? (Grüner/grauer Star, Voroperationen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> schwerem Rheuma (Gelenkrheuma, rheumatischem Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Schilddrüsenerkrankungen, Nierenkrankheiten?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Kam es bei Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhielten Sie je eine Bluttransfusion?		
Wenn ja:		
> Erhielten Sie die Bluttransfusion in den letzten 3 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Ergaben sich je bei einer Bluttransfusion Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Nur für Frauen: Sind Sie schwanger? Falls ja, wann war Ihre letzte Periode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Rauchen Sie? wie viel? seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trinken Sie regelmäßig Alkohol? wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Drogen? welche? wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Benötigen Sie regelmäßig Medikamente, insbesondere Medikamente zur Blutverdünnung oder Blutplättchenhemmung (z.B. Sintrom, Marcoumar, Aspirin, Tiatral, Persantin, Fragmin, Fraxiparin, usw.)? Falls ja: welche, wie viel? Wenn vorhanden, bitte Dosierungskarte mitnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
• Wurden Sie bereits einmal operiert? Wenn ja: was? wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
• Gab es Narkoseprobleme? Wenn ja: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		