

Anästhesie - Fragebogen

„Sicher durch die Narkose“

Klinik für Anästhesiologie,
operative Intensivmedizin,
Reanimationsmedizin, Schmerztherapie

Chefarzt Prof. Dr. med. Dietrich Henzler

Patientenetikett

Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie **vor dem Aufklärungsgespräch** die folgenden Fragen sorgfältig und **kennzeichnen Sie Zutreffendes!** Bringen Sie ggf. vorhandene Ausweise (Narkosepass, Allergie- / Herzschrittmacher- oder Marcumar-Ausweis) zum Aufklärungsgespräch mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geschlecht: männlich / weiblich Alter: Jahre

Gewicht: kg Größe: cm

1. Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?

Wenn ja, weswegen? ja nein

.....
.....

2. Angaben zur Medikamenteneinnahme

Benötigen Sie regelmäßig **blutgerinnungshemmende** Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Clopidogrel, Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®)?

.....
.....

Wann war die letzte Einnahme?

.....
.....

Nehmen Sie **andere Medikamente** ein? ja nein
Wenn ja, bitte auflisten (auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.):

.....
.....
.....

3. Wurden Sie bereits früher operiert?

Wenn ja, weswegen und wann? ja nein

.....
.....

Ergaben sich bei der Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....

Kam es bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) zu **Zwischenfällen** im Zusammenhang mit einer **Narkose oder örtlichen Betäubung**? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....

4. Neigen Sie zu Übelkeit und Erbrechen (z.B. auf Reisen, nach Operationen)?

ja nein

5. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?

ja nein

Wenn ja, wann?

Ergaben sich dabei Komplikationen?

ja nein

Wenn ja, welche?

6. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung?

Ist jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt worden? ja nein

Sind folgende Blutungsarten beobachtet worden:

Nasenbluten, blaue Flecke oder punktförmige Blutungen ohne erkennbare Ursache? ja nein

Blutungen in Gelenken, Weichteilen oder Muskeln? ja nein

Längeres oder verstärktes Nachbluten nach Schnitt- oder Schürfwunden, bei Zahnextraktionen, während oder nach einer Operation? ja nein

Ist eine schlechte Wundheilung bekannt? ja nein

Gibt es familiäre Fälle von verstärkter Blutungsneigung? ja nein

Bei weiblichen Patienten:

Ist die Menses verstärkt oder verlängert (>7 Tage)? ja nein

Bestehen bzw. bestanden Erkrankungen oder Anzeichen von Erkrankungen?

7. Allergie (Heuschnupfen / Asthma) / Überempfindlichkeit auf Medikamente, Betäubungsmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballons) oder Lebensmittel?

ja nein

Wenn ja, welche?

8. Herz / Kreislauf / Gefäße

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzfehler, Herzklappenerkrankung, Herzoperation, Transplantation, Herzschrittmacher, Defibrillator, Atemnot bei Anstrengung, hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie ja nein

Sonstiges:

9. Atemwege / Lungen

Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband- / Zwerchfelllähmung ja nein

Sonstiges:

10. Stoffwechsel

Diabetes (Zuckerkrankheit), Fructoseunverträglichkeit, Fettstoffwechselstörung, Gicht ja nein

Sonstiges:

11. Schilddrüse

Unterfunktion, Überfunktion, Knoten, Kropf ja nein

12. Nieren / Blase

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz), Dialysepflicht, Nierenentzündung, Steinleiden, Transplantation ja nein

Sonstiges:

13. Leber

Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose, Gallensteine, Leberentzündung (Hepatitis) ja nein

Sonstiges:

14. Magen-Darm

Engstelle im Verdauungstrakt, Geschwür, Sodbrennen, Reflux, Bauchspeicheldrüse ja nein

Sonstiges:

15. Muskel- und Skelettsystem

(auch bei Blutsverwandten): Angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs, Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk), Schulter- / Armsyndrom, Wirbelsäulenbeschwerden, Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Myasthenie, Neigung zu überhöhter Körpertemperatur ja nein

Sonstiges:

16. Nervensystem / Gemüt

Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen / -verletzungen, Lähmungen, Krampfanfälle (Epilepsie), chronische Schmerzen, Depressionen, Demenz, Verwirrtheit nach vorangegangenen Operationen ja nein

Sonstiges:

17. Infektionskrankheiten

Hepatitis, Tuberkulose, AIDS / HIV; MRSA ja nein

Sonstiges:

18. Immunsystem

Immunschwäche, Rheuma (Gelenk- oder Weichteilrheuma), Sklerodermie, Vaskulitis ja nein

Sonstiges:

19. Augen

z.B grüner oder grauer Star. ja nein

Tragen Sie normalerweise eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinse, etc.)? ja nein

20. Ohren

Schwerhörigkeit? ja nein

Tragen Sie gewöhnlich ein Hörgerät? ja nein

21. Zahnschäden / Zahnersatz

Karies, Parodontose, lockere / fehlende Zähne, Krone, Brücke, Implantat, Stiftzahn, herausnehmbarer Zahnersatz (Voll-, Teilprothese) ja nein

Sonstiges:

22. Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Stillen Sie? ja nein

23. Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

Bitte kurz beschreiben.

Lebensgewohnheiten

24. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viel täglich:

25. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, was und wie viel täglich:

26. Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen?

ja nein

Wenn ja, welche?

27. Haben Sie Vorsorgeregungen getroffen?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht

28. Zusatzfragen für ambulante Eingriffe

Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff jederzeit erreichbar (Adresse, Telefon)? Wer ist in diesen 24 Stunden Ihr ständiger Betreuer?

Hiermit bestätige ich, dass ich die Fragen zu meiner Krankengeschichte nach bestem Wissen beantwortet habe.

(Datum, Uhrzeit)

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)