

Patient/in (Name, Geb-Dat, Anschrift - bei Kindern auch Elternteil)



Anamnesebogen zur Anästhesie

Bitte lesen Sie die Rückseite und füllen den Fragebogen sehr gewissenhaft aus; er dient als Grundlage für das Narkose-Gespräch !

Alter: _____ männl. weibl.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Zutreffendes bitte ankreuzen, N = Nein
unterstreichen bzw. ergänzen: J = Ja

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit ?
Weswegen? _____

Besteht eine Erkältung ?
Durchfall / Erbrechen i. d. letzten 4 Wochen ?
Liegt eine andere Infektion vor ?

2. Nehmen Sie Medikamente ein ?
Welche? (z.B. Gerinnungshemmer / Schmerzmittel / Hormone / Herz-Kreislauf-Med. / Anti-Depressiva / Antidiabetika)

3. Frühere Anästhesien / Vollnarkosen ?
Zu welchen Ops? _____

4. Beschwerden bei früherer Anästhesie ?
Welche (z.B. Übelkeit)? _____

Narkose-Besonderheiten bei Blutsverwandten ?

5. Wurden schon einmal Blut- oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen ?
Wenn ja, wann? _____
Gab es Komplikationen ?

6. Könnte eine Schwangerschaft bestehen oder Stillen Sie ?

7. Wissen Sie von, oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere Erkrankungen an einem der folgenden Organsysteme **bei Ihnen** ?

Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler,
Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen
oder: _____

Gefäße: Krampfader, Thrombosen, Embolien,
Durchblutungsstörung
oder: _____

Atemwege / Lunge: chronische Bronchitis, Asthma,
Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung (Emphysem), Schlafapnoe, starkes Schnarchen, Stimmband- Zwerchfell-Lähmung
oder: _____

Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung (Cirrhose),
Fettleber, Gallensteine, Entzündung (Hepatitis)
oder: _____

Nieren: erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, Steine
Nierenentzündungen
oder: _____

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle,
Sodbrennen, Reflux
oder: _____

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht
oder: _____

Schilddrüse: Kropf, Über- oder Unterfunktion
oder: _____

Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom
oder: _____

Nerven / Gemüt: Krampfleiden (Epilepsie),
Lähmungen, Depressionen
oder: _____

Augen: Grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen
oder: _____

Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten,
Blaue Flecken auch ohne Verletzung / bei nur leichter Berührung
oder: _____

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen
oder: _____

Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten ?
Allergie / Überempfindlichkeiten:
Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Jod, Pflaster, Latex, Metall
oder: _____

Neigung zu **Übelkeit / Erbrechen** ?

Immunschwäche: HIV / AIDS, MRSA
oder: _____

andere Erkrankungen:

8. Schwerhörigkeit ?
Hörgerät?

9. Lockere Zähne, Karies ?
Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone) ?

Zahnstatus O = fehlt 4 3 2 1 1 2 3 4
(wird vom X = locker
Arzt ausgefüllt) -- = Prothese 4 3 2 1 1 2 3 4

10. Rauchen Sie ?
was, wieviel täglich ? _____

11. Alkoholkonsum ?
 nie selten regelmäßig
 geringe Mengen größere Mengen
 Bier Wein Hochprozentiges

12. Schlaf- oder Beruhigungsmittel ?
Welche ? _____

13. Drogen ?
Welche? _____

14. Haben Sie Implantate im Körper ?
(z.B. Defi oder Schrittmacher, Gelenkprothesen, Stents, Herzklappe, Metalle, Silikon, Kunststoffe)

12. Haben Sie eine Patienten- oder Betreuungs-
Verfügung oder/und eine Vorsorgevollmacht ?

16. Besonderheiten: _____

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich weiß, dass unrichtige Angaben mein Narkose-Risiko erhöhen können. Die Durchschrift dieses Fragebogens habe ich erhalten. Die Information zur Narkose und Risiko-Aufklärung auf der Rückseite dieses Fragebogens habe ich gelesen und verstanden.

Datum

Patient/Sorgeberechtigter/Betreuer

Arzt / zugleich Beglaubigung