

## Anästhesie-Gesundheitsfragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Geplante OP \_\_\_\_\_

| Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? (Zutreffendes bitte unterstreichen) |                                                                                                                                    | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Herz/Kreislauf</b>                                                           | Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher/niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen, Erkrankung der Herzklappen, Herzschrittmacher, andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Lunge/Atemwege</b>                                                           | Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, COPD, Tuberkulose, andere?                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                 | Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS)?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                 | Wenn ja, ist ein CPAP-Gerät vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                   |                          |                          |
| <b>Gefässe</b>                                                                  | Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, PAVK (Schaufensterkrankheit), andere?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Niere</b>                                                                    | erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündungen, andere?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Leber/Gallenwege</b>                                                         | Gelbsucht/Hepatitis, Gallensteine, Fettleber, Leberzirrhose, Pankreatitis, andere?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Verdauungstrakt</b>                                                          | Sodbrennen, saures Aufstossen (Reflux), Geschwüre, Entzündungen, andere?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stoffwechsel</b>                                                             | Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfettwerte/Cholesterin?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schilddrüse</b>                                                              | Unter- oder Überfunktion, Entzündung, Kropf?                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Skelett/Muskeln</b>                                                          | Rheumatische Erkrankungen, Rücken-/Bandscheibenprobleme, Muskelerkrankungen?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nervensystem/Hirn</b>                                                        | Krampfanfälle/Epilepsie, Depression, Migräne, Lähmung, Schlaganfall/Streifung, multiple Sklerose, andere?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Blutgerinnung</b>                                                            | Gerinnungsstörung, häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, schnell blaue Flecken, verstärkte Thromboseneigung, andere?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit                                                      |  | Ja                       | Nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie im Alltag ihrem Alter entsprechend fit, können Sie ein Stockwerk Treppen steigen? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie flach im Bett liegen zum Schlafen?                                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie?                                                                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Müssen Sie regelmässig inhalieren?                                                         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien?                                                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____                                                                     |  |                          |                          |
| Haben Sie eine bekannte Blutarmut?                                                         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine bösartige Tumorerkrankung jetzt oder früher gehabt?                         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie täglich alkoholische Getränke oder nehmen Sie andere Drogen ein?               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie eine Zahnprothese? Haben Sie defekte Zähne?                                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientinnen: Sind Sie schwanger?                                                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gewicht in kg \_\_\_\_\_ Grösse in cm \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine Narkose? Ja ☐ Nein ☐  
 Wenn ja, für welche Operation(en)? (Bitte in die untenstehende Liste eintragen)

| Operation | Datum/Jahr |
|-----------|------------|
| 1 _____   |            |
| 2 _____   |            |
| 3 _____   |            |
| 4 _____   |            |
| 5 _____   |            |

Haben Sie die Narkose gut vertragen? Ja ☐ Nein ☐  
 Wenn nein, was war das Problem?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐  
 Wenn ja, welche? (Bitte in die Liste eintragen oder kopierte Liste beilegen)

| Medikamentenname | Dosierung |
|------------------|-----------|
| 1 _____          |           |
| 2 _____          |           |
| 3 _____          |           |
| 4 _____          |           |
| 5 _____          |           |
| 6 _____          |           |
| 7 _____          |           |
| 8 _____          |           |

#### Bei Notfalleingriffen

Wann haben Sie das letzte Mal etwas gegessen? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie das letzte Mal etwas getrunken? \_\_\_\_\_

Falls Sie wenig oder kein Deutsch sprechen, bitten wir Sie, wenn möglich jemanden zum Übersetzen in die Sprechstunde mitzubringen. Herzlichen Dank.

|                                   |                                                                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ort und Datum</b><br><br>_____ | <b>Unterschrift der Patientin/des Patienten<br/>(gesetzliche Vertretung)</b><br><br>_____ |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|