

Name, Vorname

Geburtsdatum



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie
und Chirurgie

Anästhesiesprechstunde

Bitte bringen Sie diesen Aufklärungs- und Anamnesefragebogen ausgefüllt in die Anästhesiesprechstunde mit.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Es ist uns ein Anliegen, Ihre Anästhesie so schonend und gleichzeitig so sicher wie möglich durchführen zu können. Dazu sind wir auf Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand angewiesen, welche Sie uns mit Ihren Antworten im Fragebogen geben.

Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen sorgfältig durchzulesen und die Fragen auf der Rückseite vollständig auszufüllen.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen, oder Ihnen einzelne Fragen nicht klar sind, fragen Sie bitte Ihre Fachärztin oder Ihren Facharzt in der Anästhesiesprechstunde.

Der ausgefüllte Fragebogen dient als Vorbereitung auf das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt/Ärztin in der Anästhesiesprechstunde. Dort haben Sie Gelegenheit, Alles zu besprechen, was Sie im Zusammenhang mit Ihrer Anästhesie interessiert.

Dabei wird Ihr Anästhesiearzt/Ärztin Sie auf Wunsch auch über seltene Risiken aufklären.

Bitte notieren Sie hier alles, was Sie Ihren/Ihre Anästhesiearzt/Ärztin fragen oder mit ihm / ihr besprechen wollen:

Ich wurde über das Anästhesieverfahren aufgeklärt durch Dr.

Geplante Anästhesie:

Falls ein vorgesehenes Regionalanästhesieverfahren unmöglich durchzuführen ist oder ungenügend wirkt, würden wir auf ein alternatives Verfahren wie Allgemeinanästhesie wechseln, um die gewünschte Schmerzfreiheit und Ihr Wohlbefinden während des Eingriffs zu gewährleisten.

Basel, den

Der/die Patientin

Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese)

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche Medikamente? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 2. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 3. Welchen Beruf üben Sie aus? | | |
| <hr/> | | |
| 4. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was und wann? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| Haben Sie die Anästhesie gut vertragen? Wenn nein, warum nicht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 5. Leiden Sie an Herzerkrankungen? (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 6. Leiden Sie an Kreislauf- oder Gefässerkrankungen?
(hoher / tiefer Blutdruck, Thrombosen, Krampfadern etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 7. Leiden Sie an Atemwegserkrankungen? (chron. Bronchitis, Asthma etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 8. Leiden Sie an Lebererkrankungen? (Gelbsucht, Leberverhärtung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 9. Leiden Sie an Nierenerkrankungen? (Nierensteine, Entzündungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 10. Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 11. Leiden Sie an Magenproblemen? (Magengeschwür, Sodbrennen, Reflux) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 12. Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen? (Kropf, Über-/Unterfunktion) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 13. Haben Sie eine Erkrankung des Skelettsystems? (Wirbelsäulenschäden etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 14. Haben Sie Bluterkrankungen oder eine erhöhte Blutungsneigung?
(Blutgerinnungsstörung, Nasenbluten, Blutergüsse) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 15. Rauchen Sie regelmässig? Wann ja, wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 16. Leiden Sie an Allergien? (Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel etc.) Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 17. Trinken Sie zu den Mahlzeiten Alkohol?
Wenn ja, was und wie viel pro Tag / Woche? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 18. Tragen Sie Kontaktlinsen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 19. Haben Sie Zahnprobleme? (Prothese, lockere Zähne) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 20. Leiden Sie an Muskelschwäche?
Gibt es Muskelerkrankungen bei Ihren Blutsverwandten? | <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 21. Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems? (Epilepsie, Migräne etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 22. Haben Sie schon Bluttransfusionen erhalten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 23. Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, welchen Sport? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 24. Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 25. Bestehen Besonderheiten, wie nicht aufgeführte Krankheiten und Unfälle? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 26. Waren Sie schon bei Ihrem Hausarzt zur Voruntersuchung? (z.B. Blutentnahme, EKG) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <hr/> | | |
| 27. Alter: | Grösse: | Gewicht: |
| <hr/> | | |