

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