



# Anästhesie Gesundheitsfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Es ist uns ein Anliegen, Ihre Anästhesie so schonend und gleichzeitig so sicher wie möglich durchzuführen. Dazu sind wir auf Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand angewiesen. Bitte füllen Sie deshalb den folgenden Fragebogen wahrheitsgetreu und möglichst vollständig aus und bringen Sie ihn zusammen mit Ihrem aktuellen Medikamentenplan ausgefüllt in die Anästhesiesprechstunde mit.

Wenn Ihnen einzelne Fragen unklar sind, können Sie diese mit der Anästhesieärztin oder dem Anästhesiearzt direkt vor Ort klären.

Vereinbaren Sie zwingend einen Termin (idealerweise mind. 1 Woche vor der Anästhesiesprechstunde) beim Hausarzt, falls:

- ✓ Sie älter als 65 Jahre sind
- ✓ mindestens ein rotes Feld angekreuzt haben
- ✓ folgende Operation bei Ihnen geplant ist: totale Prostataentfernung, Hüftprothese, Schulterprothese, Knieprothese, Wechsel einer Hüft-Prothese oder Knie-Prothese

Grösse:

Gewicht:

Geplante Operation:

Frühere Operationen und Anästhesien:

Welche? Wann?

Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit der Narkose? Wenn ja, welche?

## Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit:

Beantworten Sie folgende Fragen und geben Sie an, ob Sie auf Grund einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen in medizinischer Behandlung sind oder waren.

<b>Hirn / Nerven / Psyche:</b>		
Neurologische Erkrankung ( z.B. Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen mit medikamentöser Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beeinträchtigende Gedächtnisstörungen ( z.B. Demenz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Lunge / Atemwege:</b>		
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung (z.B. COPD, Lungenfibrose, Heimsauerstofftherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie nachts eine CPAP-Maske	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Herz –Kreislaufsystem:</b>		
Erkrankungen der Herzkranzgefässe ( z.B. Angina pectoris, Stents, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder internen Defibrillator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose und/oder Embolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen oder Gefässausbuchtungen (Aneurysma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Leistungsfähigkeit:</b>		
Haben Sie Atemnot oder ein Engegefühl in der Brust, wenn Sie ohne Pause 2 Etage Treppe steigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



# Anästhesie Gesundheitsfragebogen

Verspüren Sie manchmal ein Engegefühl oder Klemmen in der Brust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bei alltäglicher Belastung Atemnot?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Blut / Blutgerinnung:</b>		
Bluterkrankung (z.B. Leukämie, Blutarmut)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen (z.B. verlängerte Blutung, Neigung zu Blutergüssen, Neigung zu Thrombosen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Magen-Darmtrakt:</b>		
Magenbeschwerden (z.B. Sodbrennen, Reflux, Magenbypass, Magenband)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Darmkrankheiten (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Leber:</b>		
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis, Leberzirrhose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Niere:</b>		
Nierenfunktionsstörung oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Stoffwechsel:</b>		
Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie unter einer Kortison Therapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sinnesorgane:</b>		
Schwere Seh- oder Hörstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Augenruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Bewegungsapparat:</b>		
Chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates ( z.B. Polyarthritis,...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskelerkrankungen / Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Diverses:</b>		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten ausserhalb der Schweiz hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht aktuell eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie lockere / defekte Zähne oder Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bisher Bluttransfusionen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische virale Infekte? (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (falls ja bitte in die beiliegende Medikamentenliste eintragen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Noxen:

Rauchen Sie? Wenn ja wieviel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?  nie  gelegentlich  regelmässig

Wenn regelmässig, wieviel?

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche?

Bestehen Allergien und / oder Medikamentenunverträglichkeiten?	
Medikamente/Substanzen	Reaktion

## Fragen, Bemerkungen:

---



---



---

Datum:

Unterschrift: