

Frage-/Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, um für Sie die optimale und sicherste Narkose auswählen zu können!
Fragen/Unklarheiten besprechen wir im Vorbereitungsgespräch.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon (Erreichbarkeit in den ersten 24 Stunden nach der Narkose): _____

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte ggfs Med.-Plan mitbringen!) | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 3. Reagieren Sie auf irgend etwas allergisch? (z.B. Medikamente, Kontrastmittel, Pollen, Hausstaub) Bitte bringen Sie gegebenenfalls Ihren Allergiepass mit! | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht? (z.B. Kiwi, Soja o.ä.) | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 5. Besteht oder bestand vor kurzem ein akuter Infekt wie Husten/Schnupfen oder Magen-Darm-Probleme? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 6. Besteht eine chronische Infektionserkrankung wie z.B. Hepatitis oder HIV? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 7. Sind Sie schon einmal operiert worden? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 8. Haben Sie schon einmal eine (Teil-)Narkose oder Lokalanästhesie erhalten? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 9. Gab es dabei Komplikationen? (Bitte ggfs Anästhesieausweis mitbringen!) | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 10. Gab es in der Familie einmal Probleme bei einer Narkose? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 11. Besteht bei Ihnen oder Blutsverwandten eine maligne Hyperthermie (hohes Fieber bei Narkose)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 12. Besteht bei Ihnen eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen? Werden Sie Reisekrank? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 13. Haben Sie schon einmal Blut oder Blutbestandteile transfundiert bekommen? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 14. Neigen Sie zu Nasenbluten oder großen blauen Flecken? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 15. Besteht eine Gefäßerkrankung wie Durchblutungsstörungen, ist ein Aneurysma bekannt? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 16. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 17. Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 18. Leiden Sie unter hohem Blutdruck oder nehmen Blutdruckmedikamente ein? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 19. Ist ein Herzfehler bekannt? Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt oder Herzanfall? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 20. Tritt Atemnot bei Anstrengung auf? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 21. Besteht bei Ihnen eine Lungenerkrankung wie z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 22. Ist eine Schlafapnoe bekannt? Benutzen Sie nachts ein Atemgerät? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 23. Besteht eine Stimmband- oder Zwerchfelllähmung? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 24. Besteht eine Erkrankung von Magen oder Darm (z.B. chronische Gastritis, Magengeschwür)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 25. Leiden Sie unter Sodbrennen oder Reflux (Aufstoßen von Mageninhalt)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 26. Besteht eine Erkrankung der Leber (z.B. Zirrhose) oder sind Gallensteine bekannt? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 27. Ist eine Erkrankung der Niere oder erhöhte Nierenwerte bekannt? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 28. Sind Sie Diabetiker? Ist eine andere Stoffwechselerkrankung bekannt? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 29. Ist eine Vergrößerung der Schilddrüse bekannt? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 30. Besteht eine Muskelerkrankung (z.B. Muskelschwäche, Muskeldystrophie, Myasthenie o.ä.)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 31. Besteht bei Ihnen eine Epilepsie? Sind Lähmungen bekannt (z.B. nach einem Unfall)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 32. Besteht eine Augenerkrankung wie grauer oder grüner Star? Wurden Sie am Auge operiert? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 33. Besteht eine sonstige Erkrankung, welche bisher nicht erfragt wurde? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 34. Haben Sie lockere Zähne, Prothesen/Brücken/Implantate? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 35. Haben Sie sonstige Implantate (festes Hörgerät, künstl. Gelenke, Schrittmacher o.ä.)? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 36. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 37. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 38. Nehmen Sie (auch gelegentlich) Drogen ein? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |
| 39. Nur für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> n | <input type="checkbox"/> j |

Bemerkungen (für alles, was Ihnen wichtig erscheint):

Datum: _____ Unterschrift: _____