

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: _____