

Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrter:geehrte Patient:in!

Datum:

Füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal rund um die Operation betreuen können.

Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, mit:

- Anästhesiepass
- Patienten-/Patientinnenverfügung
- Stentpass/Implantatpass
- Allergiepass
- Vorsorgevollmacht
- Herzschrittmacherpass

Name:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Größe: cm	Gewicht: kg
Kontaktdaten / Telefonnummer:	

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

01 | frühere Operationen?

ja nein
wenn ja, welche und wann:

.....
.....
.....

02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

ja nein
wenn ja, welche:

Übelkeit/Erbrechen Atembeschwerden

Kreislaufbeschwerden Kältezittern

andere:

.....

03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

ja nein

04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

ja nein

05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

ja nein
wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

.....

06 | Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?

ja nein
wenn ja, welche:

Latex (Gummi) Antibiotika (z. B. Penicillin)

Jod Nickel Nahrungsmittel

andere:

.....

07 | Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

ja nein
wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....

08 | Blutverdünnende Medikamente

ja nein
wenn ja, welche:

.....
.....

**09 | frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept),
Drogensatzpräparate**

ja nein
wenn ja, welche:

.....

10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?

ja nein
wenn ja, wie viel Stück pro Tag:
wenn ja, seit wie vielen Jahren:
wenn früher ja, Nichtraucher seit
wie vielen Jahren:

11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein
wenn ja, was und wieviel pro Tag:

.....
.....

12 | Nehmen Sie Drogen?

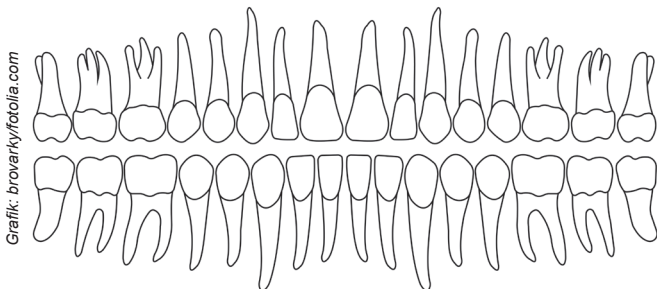
ja nein
wenn ja, welche:

.....
.....

13 | Hören Sie schlecht? ja nein

14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?

wenn ja, welche (ankreuzen):



15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?

ja nein

16 | Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?

ja nein

**17 | Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten
jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt
worden?**

ja nein

**18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten
ohne erkennbaren Grund?**

- Nasenbluten
- blaue Flecken ohne Anschlagen
- Blutungen in Gelenken, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutungen nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutungen nach früheren
Operationen bzw. Schnittverletzungen

**19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandten
bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?**

ja nein

Nur von Patientinnen zu beantworten:
**20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke
Regelblutung:**

- länger als 7 Tage Dauer
- mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe)
pro Tag

21 | Könnten Sie schwanger sein?

ja nein

**22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet
oder akut erkrankt?**

ja nein

**23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden
Infektionskrankheiten, wenn ja, welche:**

- HIV Hepatitis Tuberkolose

**24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände
an oder in sich?**

ja nein
Wenn ja, welche:

- Stent Herzschrittmacher
 - Kardioverter-Defibrillator Piercing
- andere:

.....

Leiden oder litten Sie an einer der folgende Krankheiten:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| 25 Bluthochdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 40 Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 26 Zuckerkrankheit
wenn ja, spritzen Sie Insulin | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 41 Infektionskrankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 42 Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 27 Herzinfarkt
wenn ja, innerhalb der
letzten 6 Wochen: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 43 Erkrankung der Blutgefäße | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 44 Erkrankung des
Nervensystems | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, wurde eine Herzkatheteruntersuchung
durchgeführt: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 45 Demenz | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 28 Brustschmerzen in Ruhe | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 46 Schlaganfall bzw. TIA
wenn ja, innerhalb der
letzten 6 Wochen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 29 Brustschmerzen nur bei
Anstrengung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 30 Herzschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 47 Gemütsleiden bzw.
psychische Erkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 31 Wasser in Lungen
oder Beinen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 48 Muskelerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 32 Herzrhythmusstörungen
(z. B. Vorhofflimmern) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 49 Erkrankung des
Bewegungsapparates | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 33 Herzklappenfehler | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 50 Grüner Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 34 Lungenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 51 andere, oben nicht angeführte Erkrankungen: | | |
| 35 Asthma bronchiale | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| 36 Bronchitis bzw. COPD
wenn ja, benötigen Sie nachts
ein Sauerstoffgerät? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 52 Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 37 Schlafapnoe
wenn ja, haben Sie nachts
eine CPAP-Maske? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | 53 Haben Sie eine Patienten-:Patientinnen-
verfügung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| 38 Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| 39 Lebererkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |



Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit der Anästhesistin/dem Anästhesisten lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch und sehen Sie sich die Anästhesieaufklärungsfilme an:

<https://www.oegari.at/patientenforum.php#film>

Wenn Sie auf die Risikoaufklärung verzichten möchten, teilen Sie das bitte Ihrem/Ihrer Anästhesiearzt/-ärztin mit. Film oder Aufklärungsbogen sind kein Ersatz für Ihr individuelles Gespräch mit dem:der Anästhesisten:Anästhesistin.