

ANÄSTHESIEFRAGEBOGEN

Anamnese:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vor der Operation zu Ihrer eigenen Sicherheit!

Name _____

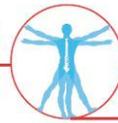
Geburtsdatum _____ Beruf _____

Geplante Operation _____ Operationstermin _____

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet oder akut erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine bekannte Allergie/ Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne erkennbaren Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaue Flecken ohne Anschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffällig starke Blutung nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot hinaufsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne/tragen Sie Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Probleme bei bisherigen Narkosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie? Wenn Ja, wie viel Stück/Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in sich? (Stent, Herzschrittmacher, Kardioverter –Defibrillator, Piercings, andere: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten/Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit – wenn ja, spritzen Sie Insulin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt – wenn ja, war dies innerhalb der letzten 6 Wochen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde ein Herzkatheter durchgeführt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen in Ruhe/nur bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA	NEIN
Wasser in den Lungen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe – wenn ja, tragen Sie nachts eine CPAP Maske? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten: Hepatitis, HIV, Tuberkulose;...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Blutgefäße (Schaufensterkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter anderen hier nicht erwähnten Krankheiten oder Beschwerden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

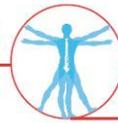
Nehmen Sie Medikamente ein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungsmittel ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente die Sie regelmäßig einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Hatten Sie Voroperationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Wer ist Ihre Begleitperson? Bitte geben Sie Name, Kontaktadresse und Telefonnummer an.

Zusätzlich bei Kindern auszufüllen:

	JA	NEIN
Pseudokrampfanfälle im letzten Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzlich zurückliegende Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersgemäße Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkosezwischenfälle bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersbezogene Belastbarkeit gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherhaushalt (Passivrauchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Einwilligungserklärung E-Mailübermittlung für Patient/innen

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) an die ärztlichen und gesundheitlichen Einrichtungen mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift

