

## Anästhesie-Patienten-Fragebogen

Name, Vorname des Patienten : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Versicherung: \_\_\_\_\_

- |   | ja                       | nein                     |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Welchen Beruf üben Sie aus ?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Befanden Sie (Ihr Kind) sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?<br>Warum?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Gemütsleiden (z.B. Depressionen)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, Welche?<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Neigung zu Blutergüssen, häufiges Nasenbluten)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besteht zur Zeit ein akuter Infekt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Allergien (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Kontrastmittel, Pollen, Staub, Nahrungsmittel)?<br>Mit Hautreaktionen oder Atemnot ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Frühere Narkosen und Operationen?<br>_____ im Jahre<br>_____ im Jahre  |                          |                          | 23. Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten Erkrankung?<br>Welche?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kam es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Rahmen der Anästhesie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Tragen Sie Zahnersatz (z.B. Prothesen, Zahnbrücken, Stifzähne)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Besteht bei Ihnen oder bei einem Ihrer Blutsverwandten eine Muskelerkrankung oder Muskelschwäche?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Haben Sie lockere oder schadhafte Zähne?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? Ergaben sich hierbei Komplikationen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Rauchen Sie regelmäßig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>  |                          |                          | 27. Trinken Sie regelmäßig Alkohol ( Bier ,Wein, Schnaps)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzrasen, Atemnot unter Belastung, Herzrhythmusstörungen)?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Sonstige Besonderheiten (z.B. Unfälle, besondere berufliche Verhältnisse, Medikamente )?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Krampfadern, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Fragen oder Bemerkungen:</b> _____   |                          |                          |
| 12. Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Asthma, chron. Bronchitis, Lungenentzündung)?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |
| 13. Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Leberverhärtung)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |
| 14. Erkrankungen der Niere oder Harnwege (z.B. Nierenentzündung, Nierenbeckenentzündung, Nieren- oder Harnleitersteine)?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |
| 15. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Fruchtzuckerunverträglichkeit)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |
| 16. Schilddrüsenkrankung (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |
| 17. Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |                          |                          |

**Ich habe keine weiteren Fragen mehr.**

Das Patientenmerkblattes habe ich erhalten und den Inhalt verstanden. Die Empfehlungen werde ich beachten insbesondere die

**Geschäfts- und Straßenuntauglichkeit für 24 - 36 Stunden.**

Ich willige ein, daß die geplante Operation wie besprochen in Narkose durchgeführt wird.

Ich konnte alle mich interessierenden Fragen nach der Art des Anästhesieverfahrens und seinen spezifischen Risiken stellen und fühle mich ausreichend informiert.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Narkosearztes

Ich wünsche für mich (bzw. für mein Kind ) die Abrechnung als Privatpatient.

Datum \_\_\_\_\_ 2. Unterschrift des Privatpatienten \_\_\_\_\_