

Fragebogen Anästhesie



Dieser Fragebogen dient Ihrem Anästhesiearzt bei der Planung der Anästhesie.

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgetreu und gegebenenfalls mit den entsprechenden Präzisierungen. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt und gehen zusammen mit dem Anästhesieprotokoll zu unseren Akten.

Wenn Sie am Operationstag in die Klinik eintreten, sehen Sie den Anästhesisten erst in der Vorbereitung im Operationssaal. Falls Sie ein Vorgespräch bezüglich der Anästhesie wünschen, melden Sie sich zur Anästhesie-Sprechstunde an.

Bei Eintritt am Vortag zur Operation besucht Sie der Anästhesist im Spitalzimmer.

Wenn Sie bereits vor der Operation eine Besprechung wünschen, melden Sie sich zur Anästhesie-Sprechstunde an. Wir bitten um frühzeitige Anmeldung (wenn möglich 14 Tage vor Operationstermin) bei der Sekretärin zur Anästhesie-Sprechstunde, T 032 366 43 82, Montag bis Freitag von 13.30–17.00 Uhr.

Wir bitten Sie, den Fragebogen umgehend auszufüllen und uns mit dem beiliegenden Antwortkuvert zurückzusenden.

Bei kurzfristigem Eintritt bringen Sie den Fragebogen am Eintrittstag mit. Besten Dank.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Gewicht kg: Grösse cm:

Eintrittsdatum: Art des Eingriffs:

Chirurg: Hausarzt:

1. a) Fühlen Sie sich gesund (abgesehen von Ihrem jetzigen Leiden)? ja nein
b) Können Sie ohne anzuhalten zwei Stockwerke Treppen steigen? ja nein

2. Hatten Sie bereits früher Operationen? ja nein
Wenn ja, welche?

3. a) Traten bei Ihnen während oder nach Operationen Komplikationen auf? ja nein
Wenn ja, welche?

- b) Traten bei Blutsverwandten während oder nach Operationen Komplikationen auf? ja nein
Wenn ja, welche?

4. a) Leiden Sie an einer erhöhten Blutungsneigung (Nasen-, Zahnfleischbluten oder bekommen Sie ohne besonderen Anlass blaue Hautflecken)? ja nein
b) Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (Marcoumar/Sintrom)? ja nein
Wenn ja, welches?

5. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

6. a) Leiden Sie an Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Ekzem, Bienen- oder Wespenstichallergie, Penicillinallergie, Latexallergie)? ja nein
Wenn ja, an welchen?

- b) Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente, Antibiotika, Narkosemittel, Latex oder Pflaster? ja nein
Wenn ja, auf was?

Bitte wenden

7. Leiden Sie an einer Herz- oder Lungenkrankheit (hoher oder niedriger Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, chronische Bronchitis, Asthma usw.). **Wenn ja, woran?** ja nein
8. Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes) oder an einer anderen Stoffwechselkrankheit (Schilddrüse, Nebenniere)? **Wenn ja, an welcher?** ja nein
9. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A, B, C / HIV)? **Wenn ja, an welcher?** ja nein
10. Leiden Sie an einer Erkrankung der Nieren oder der Leber (Gelbsucht)? **Wenn ja, an welcher?** ja nein
11. Leiden Sie an einer Magen- oder Darmerkrankung oder an Sodbrennen, Reflux? **Wenn ja, woran?** ja nein
12. Leiden Sie an einer Erkrankung der Gelenke (Rheuma), der Wirbelsäule oder der Muskulatur? **Wenn ja, woran?** ja nein
13. Leiden Sie an einer Erkrankung des Nervensystems (Epilepsie, Lähmungen, Schlaganfall, Migräne)? **Wenn ja, woran?** ja nein
14. a) Haben Sie in den letzten drei Monaten eine Bluttransfusion erhalten? ja nein
b) Traten bei Ihnen bei einer Bluttransfusion je Komplikationen auf? ja nein
15. Rauchen Sie? **Wenn ja, wie viel?** ja nein
16. a) Trinken Sie regelmässig Alkohol? **Wenn ja, wie viel?** ja nein
b) Konsumieren Sie Drogen? **Wenn ja, welche und wie viel?** ja nein
17. Tragen Sie Zahnprothesen oder haben Sie lockere Zähne, Stiftzähne, nicht entfernbar Brücken oder Zahnimplantate? **Wenn ja, was?** ja nein
18. Tragen Sie Kontaktlinsen? ja nein
19. Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
20. Wurden bei Ihnen Abklärungen beim Kardiologen/Herzspezialisten oder anderen Spezialärzten gemacht? **Wenn ja, bitte Name und Ort angeben.** ja nein
21. Weitere wichtige Mitteilungen:
22. Gerichtsstand Biel

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.
Ausserdem bestätige ich, dass ich das Informationsblatt zur Anästhesie der Klinik Linde gelesen habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Behandelnder Anästhesist:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anästhesie-Sprechstunde
T 032 366 43 82
Mo–Fr 13.30–17.00 Uhr

Klinik Linde AG
Blumenrain 105 2501 Biel
T 032 366 41 11 F 032 366 42 64
E-Mail info@kliniklinde.ch
www.kliniklinde.ch