Anästhesie - Fragebogen
„Sicher durch die Narkose“

Patientenetikett

Klinikum Herford
Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin, Rettungsmedizin, Schmerztherapie

Chefarzt Prof. Dr. med. Dietrich Henzler

Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie **vor dem Aufklärungsgespräch** die folgenden Fragen sorgfältig und **kennzeichnen Sie Zutreffendes!** Bringen Sie ggf. vorhandene Ausweise (Narkosepass, Allergie- / Herzschrittmacher- oder Marcumarausweis) zum Aufklärungsgespräch mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geschlecht: ☐ männlich / ☐ weiblich Alter: ..... Jahre

Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm

1. Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, weswegen?

.....

.....

2. Angaben zur Medikamenteneinnahme

Benötigen Sie regelmäßig **blutgerinnungshemmende** Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Clopidogrel, Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto®, Brilique®)?

.....

Wann war die letzte Einnahme?

.....

Nehmen Sie **andere Medikamente** ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte auflisten (auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.):

....

....

....

3. Wurden Sie bereits früher operiert? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, weswegen und wann?

.....

.....

Ergaben sich bei der Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

.....

Kam es bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) zu **Zwischenfällen** im Zusammenhang mit einer **Narkose oder örtlichen Betäubung**? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

.....

4. Neigen Sie zu Übelkeit und Erbrechen (z.B. auf Reisen, nach Operationen)? ☐ ja ☐ nein

5. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann?

.....

Ergaben sich dabei Komplikationen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

.....

6. Bluterkrankung / Blutgerinnungsstörung?
Ist jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt worden? ☐ ja ☐ nein

Sind folgende Blutungsarten beobachtet worden:

Nasenbluten, blaue Flecke oder punktförmige Blutungen ohne erkennbare Ursache? ☐ ja ☐ nein

Blutungen in Gelenken, Weichteilen oder Muskeln? ☐ ja ☐ nein

Längeres oder verstärktes Nachbluten nach Schnitt- oder Schürfwunden, bei Zahnextraktionen, während oder nach einer Operation? ☐ ja ☐ nein

Ist eine schlechte Wundheilung bekannt? ☐ ja ☐ nein

Gibt es familiäre Fälle von verstärkter Blutungsneigung? ☐ ja ☐ nein

Bei weiblichen Patienten:
Ist die Menses verstärkt oder verlängert (>7 Tage)? ☐ ja ☐ nein

Bestehen bzw. bestanden Erkrankungen oder Anzeichen von Erkrankungen?

7. Allergie (Heuschnupfen / Asthma) / Überempfindlichkeit auf Medikamente, Betäubungsmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballons) oder Lebensmittel? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

.....

8. Herz / Kreislauf / Gefäße
Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzfehler, Herzklappenerkrankung, Herzoperation, Transplantation, Herzschrittmacher, Defibrillator, Atemnot bei Anstrengung, hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

9. Atemwege / Lungen
Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband- / Zwerchfelllähmung ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

10. Stoffwechsel
Diabetes (Zuckerkrankheit), Fruchtzuckerunverträglichkeit, Fettstoffwechselstörung, Gicht ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

11. Schilddrüse
Unterfunktion, Überfunktion, Knoten, Kropf ☐ ja ☐ nein

12. Nieren / Blase
Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz), Dialysepflicht, Nierenentzündung, Steinleiden, Transplantation ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

13. Leber
Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose, Gallensteine, Leberentzündung (Hepatitis) ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

14. Magen-Darm
Engstelle im Verdauungstrakt, Geschwür, Sodbrennen, Reflux, Bauchspeicheldrüse ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

15. Muskel- und Skelettsystem
(auch bei Blutsverwandten): Angeborene oder erworbene Veränderungen des Brustkorbs, Gelenkerkrankungen (ggf. künstliches Gelenk), Schulter- / Armsyndrom, Wirbelsäulenbeschwerden, Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Myasthenie, Neigung zu überhöhter Körpertemperatur ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

16. Nervensystem / Gemüt
Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen / -verletzungen, Lähmungen, Krampfanfälle (Epilepsie), chronische Schmerzen, Depressionen, Demenz, Verwirrtheit nach vorangegangenen Operationen ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

17. Infektionskrankheiten
Hepatitis, Tuberkulose, AIDS / HIV; MRSA ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

18. Immunsystem
Immunschwäche, Rheuma (Gelenk- oder Weichteilrheuma), Sklerodermie, Vaskulitis ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

19. Augen
z.B grüner oder grauer Star. ☐ ja ☐ nein

Tragen Sie normalerweise eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinse, etc.)? ☐ ja ☐ nein

20. Ohren
Schwerhörigkeit? ☐ ja ☐ nein

Tragen Sie gewöhnlich ein Hörgerät? ☐ ja ☐ nein

21. Zahnschäden / Zahnersatz
Karies, Parodontose, lockere / fehlende Zähne, Krone, Brücke, Implantat, Stiftzahn, herausnehmbarer Zahnersatz (Voll-, Teilprothese) ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

.....

22. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Stillen Sie? ☐ ja ☐ nein

23. Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?
Bitte kurz beschreiben.

.....

.....

Lebensgewohnheiten

24. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie viel täglich:

25. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, was und wie viel täglich:

.....

26. Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

.....

27. Haben Sie Vorsorgeregelungen getroffen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
☐ Patientenverfügung
☐ Betreuungsverfügung
☐ Vorsorgevollmacht

28. Zusatzfragen für ambulante Eingriffe
Wo sind Sie in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff jederzeit erreichbar (Adresse, Telefon)? Wer ist in diesen 24 Stunden Ihr ständiger Betreuer?

.....

.....

Hiermit bestätige ich, dass ich die Fragen zu meiner Krankengeschichte nach bestem Wissen beantwortet habe.

.....
(Datum, Uhrzeit)

.....
(Unterschrift der Patientin / des Patienten)