

# Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

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:

- Allergiepass
- Anästhesiepass
- Herzschrittmacherpass
- Stentpass / Implantatpass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Größe: ..... cm      Gewicht: ..... kg

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  
 Verwirrtheit

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

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

**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 wie viel 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 Anschläge
- Blutungen in Gelenke, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutung nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen

**19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter 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:**

- HIV  Hepatitis  Tuberkulose
- andere:

-----

**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 folgenden Krankheiten:

- |  |                          |                            |   |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| <b>25   Bluthochdruck</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>41   Lebererkrankung</b>                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>26   Zuckerkrankheit</b>                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>42   Magen-Darm-Erkrankung</b>                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, spritzen Sie Insulin:                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>43   Schilddrüsenerkrankung</b>                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>27   Herzinfarkt</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>44   Erkrankungen der Arterien/Venen</b>           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>28   Haben sie schon eine Herzkatheteruntersuchung gehabt</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>45   Erkrankungen des Nervensystems</b>            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>29   Haben sie einen Stent in den Herzkranzgefäßen</b>        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>46   Vergesslichkeit/Demenz</b>                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>30   Brustschmerzen in Ruhe</b>                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>47   Schlaganfall bzw. TIA</b>                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>31   Brustschmerzen nur bei Anstrengung</b>                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen:              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>32   Herzschwäche</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>48   Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>33   Wasser in Lungen oder Beinen</b>                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>49   Muskelerkrankung</b>                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>34   Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)</b>          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>50   Erkrankung des Bewegungsapparates</b>         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>35   Herzklappenfehler</b>                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>51   Grüner Star</b>                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>36   Lungenerkrankung</b>                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>52   Blutarmut/Anämie</b>                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>37   Asthma bronchiale</b>                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>53   andere, oben nicht angeführte Erkrankung:</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>38   Bronchitis bzw. COPD</b>                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche:                                      | -----                    |                            |
| wenn ja, benötigen Sie ein Sauerstoffgerät:                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | -----   |                          |                            |
| <b>39   Schlafapnoe</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>54   Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?</b>         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, haben Sie nachts eine CPAP-Maske:                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>55   Haben Sie eine Patientenverfügung?</b>        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>40   Nierenerkrankung</b>                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |   |                          |                            |

Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit dem/der AnästhesistIn lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch oder sehen Sie sich den Anästhesieaufklärungsfilm an:

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJu0uN68w/playlists>



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