

■ Patienten-Anästhesie-Fragebogen für ambulante Eingriffe

Name, Adresse, Tel. bzw. Etikette

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Dieser Fragebogen gibt uns die Möglichkeit, vor dem Aufklärungsgespräch einen orientierenden Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu verschaffen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und unterstreichen Sie die entsprechenden Krankheiten. Wenn wir es für notwendig erachten, bieten wir Sie für unsere Sprechstunde auf. **Der ausgefüllte Fragebogen ist der Sekretärin direkt abzugeben oder uns zu senden.**

Operation/Intervention: Operateur/-in:
Datum: Grösse: cm Gewicht: kg

ja nein

- Fühlen Sie sich krank?
- Haben Sie Mühe, ohne Pause die Treppen von zwei Stockwerken hoch zu steigen?
- Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?
- Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente wie Antibiotika (z.B. Penicillin etc.), Narkosemittel, Kontrastmittel, Jod, Latex, Gummi, Pflaster, Nickel, Nahrungsmittel?
- Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung?
 - Vermehrtes Nasenbluten ohne Ursache oder eine Nachblutung nach Zahnziehen?
 - Vermehrte blaue Flecken ohne Verletzung (auch Rumpf)
 - Längeres (> 5min) Nachbluten bei Schnittwunden, unerwarteter Blutverlust bei Operationen
 - Auffällige Wundheilungsstörungen
 - Blutungsneigung in der Blutverwandschaft wie Eltern/Geschwister
- Zusatzfrage an Patientinnen: Verstärkte Regelblutung (> 7 Tage, > 7 Binden oder Tampon/Tag)
- Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung, Blutplättchenhemmer** oder **pflanzliche Produkte?** (Ginkgo, Ginseng, Knoblauch)?
- Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Embolie?

Leiden Sie unter:

ja nein

- Hohem Blutdruck (Hypertonie) oder niedrigem Blutdruck?
- Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler?
- Herzrhythmusstörungen, Herzstolpern, unregelmässigem Puls?
- Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis?
- Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen?
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
- Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?
- Schilddrüsenerkrankungen, Nierenkrankheiten?
- Muskelerkrankungen, Muskelschwäche?
- Schwerem Rheuma (Gelenkrheuma, rheumatischem Fieber)?
- Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen?
- Hirndurchblutungsstörungen (Schwindel, Schlaganfall)?
- Epilepsie, Migräne, Depressionen?
- Allergien: Heuschnupfen, Ekzem, Bienengiftallergie usw.?

Bitte wenden

Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Spital Interlaken, Weissenastrasse 27, CH-3800 Unterseen

Telefon +41 33 826 26 26, Fax +41 33 826 23 00, info@spitalfmi.ch, www.spitalfmi.ch

ja nein

- Haben Sie lockere Zähne, Prothesen, Stiftzähne, Jacketkronen, Veneers?
- Gab es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose?
- Für Frauen: sind Sie möglicherweise schwanger?
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

vom Patienten auszufüllen						vom Anästhesisten auszufüllen	
Medikamentenname	Dosis	morgens	mittags	abends	spät	Letzte Einnahme	Dosis

Wurden Sie bereits einmal operiert?

Was?	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Wann?	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Wo?	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>

ja nein

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
- Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wie viel?
- Nehmen Sie regelmässig Drogen? Wenn ja, welche und wie oft?
- Haben Sie das Blatt: «**Wichtige Anästhesie-Informationen für Patienten**» bekommen?
- Haben Sie Fragen dazu oder gibt es bei Ihnen sonstige Besonderheiten?

Wie wünschen Sie das Anästhesieaufklärungs-Gespräch?

- Telefonisch?** Unter welcher Nummer sind Sie nachmittags erreichbar? _____
oder
- Sprechstunde im Spital?** Für die Sprechstunde werden Sie schriftlich aufgeboten.

Datum und Unterschrift:

Für Anästhesie-Abteilung:

Patient für Sprechstunde aufbieten Datum Visum:

Spitäler fmi AG, Spital Interlaken

Patienten_Anästhesie-Fragebogen für ambulante Eingriffe