

Wir bitten Sie, den Anästhesiefragebogen sorgfältig auszufüllen.

Name: _____
Geb.-datum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

Befinden Sie sich z.Zt. in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb: ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte alle angeben!): ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Haben Sie Heuschnupfen? ja nein
Besteht eine Allergie gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster? ja nein

Frühere Narkosen u. Operationen (Art und Jahr): _____

Gab es bei Ihnen oder Ihren Verwandten schon einmal Probleme mit einer Narkose? ja nein

Leiden oder litten Sie (bzw. Ihr Kind) an einer der folgenden Krankheiten?

1. Herzerkrankungen: ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Herzschmerzen, Herzrhythmusstörungen, bekannter Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen)

2. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen: ja nein
(z.B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Krampfadern)

3. Atemwegs- u. Lungenerkrankungen: ja nein
(z.B. akute oder chron. Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose)

4. Lebererkrankungen ja nein
(z.B. Gelbsucht, Leberentzündung, erhöhte Leberwerte)

5. Nierenerkrankungen: ja nein
(z.B. Nierenentzündung, Nierensteine)

6. Stoffwechselerkrankungen: ja nein
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung)

7. Augenerkrankungen: ja nein
(z.B. grüner Star)

8. Nervenleiden: ja nein
(z.B. Lähmungen, Epilepsie)

9. Leiden Sie an Gemütsleiden: ja nein
(z.B. Depressionen)

Nehmen Sie deshalb Medikamente ein? ja nein

10. Erkrankungen des Skelettsystems: ja nein
(z.B. Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen)

11. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Muskelerkrankungen bekannt? ja nein
(z.B. Muskelschwäche)

12. Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung: ja nein
(z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)

13. Magenbeschwerden, Sodbrennen ja nein

14. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung? ja nein
(z.B. Schlafapnoe)

15. Rauchen Sie? ja nein
wie viel pro Tag: _____

16. Trinken Sie Alkohol? ja nein
täglich regelmäßig gelegentlich nie
was u. wie viel: _____

17. Nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig Drogen (z.B. Cannabis, Heroin, Ecstasy) ein? ja nein
was u. wie häufig: _____

18. Haben Sie schadhafte Zähne oder eine Zahnprothese? ja nein

19. Gibt es sonst. Besonderheiten? ja nein

Alle Angaben sind wahrheitsgemäß gemacht. Den Inhalt des Anästhesie-Merkblattes habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Aufgrund des heute mit dem Narkosearzt geführten Aufklärungsgespräches, in dem ich alle mich interessierenden Fragen gestellt habe und durch das ich genügend über das geplante Anästhesieverfahren, Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich durch meine nachfolgende Unterschrift mit der Durchführung der Anästhesie einverstanden. Gleichzeitig bestätige ich, eine Durchschrift des Anästhesiefragebogens und das Merkblatt erhalten zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zweck der Abrechnung gespeichert werden.

Vorgesehenes Anästhesieverfahren: **Analosedierung** **axilläre Plexusblockade** **Vollnarkose**

Datum: _____ Patient: _____ Arzt: _____