

# Anästhesie-Fragebogen

→ Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

Zuger Kantonsspital  
 Institut für Anästhesie und Intensivmedizin  
 Präoperative Sprechstunde  
 Landhausstrasse 11  
 6340 Baar  
 T 041 399 33 15, praeoperative.sprechstunde@zgks.ch

Patientenetikette

Wir bitten Sie, den Fragebogen wahrheitsgetreu und gut leserlich auszufüllen und zu unterschreiben. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Hausärztin bzw. Ihren Hausarzt oder an uns.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Grösse \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Wer ist Ihre Hausärztin bzw. Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon, E-Mail)?

\_\_\_\_\_

Sind Sie in kardiologischer Behandlung?  Ja     Nein

Letzte Kontrolle bei der Kardiologin/beim Kardiologen (Herzspezialist/in)

Wo (Praxis) \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_

## GESUNDHEITZUSTAND

Können Sie ohne Atemnot zwei Etagen Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Bestand oder besteht bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Probleme?

Erkrankung der Herzkranzgefässe (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung der Herzklappen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Falls ja, bitte den Ausweis mitbringen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie medizinische Implantate oder Fremdkörper (z. B. Schrauben, Platten, etc.) im/am Körper?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heimsauerstoff)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenembolie und/oder Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung (z. B. häufiges Nasen- oder Zahnfleischbluten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muskelerkrankungen (z. B. maligne Hyperthermie, Myopathie, Muskeldystrophie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung / mit Insulinbehandlung	<input type="checkbox"/> Ohne <input type="checkbox"/> Mit <input type="checkbox"/> Nein

## Anästhesie-Fragebogen

### Bestand oder besteht bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Probleme?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung (z. B. Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion oder andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, chronische Schmerzen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankung (z. B. Platzangst, Panikattacken, Depression)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe (Bitte bringen Sie ggf. Ihr Therapiegerät am Operationstag mit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z. B. Reflux, Magenbrennen, Magenbypass, Magenband)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wirbelsäulenbeschwerden (z. B. Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV, Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### ALLGEMEINE FRAGEN

Haben Sie Allergien (z. B. auf Medikamente, Latex, Jod, Desinfektionsmittel oder Nahrungsmittel)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Könnte eine Schwangerschaft bestehen oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie herausnehmbare Zahnprothesen oder lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? Wenn ja, wie viel? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahmen / nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit einer Anästhesie? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akzeptieren Sie bei lebensbedrohlichen Blutungen während der Operation Blutprodukte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung? Falls ja, bringen Sie bitte eine Kopie mit.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### FRÜHERE OPERATIONEN

Wann? Welche? \_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Falls vorhanden, bitten wir Sie, Ihren Medikamentenplan mitzubringen.

Name:	Dosis:

### BEMERKUNGEN / FRAGEN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin/Patient  
oder gesetzliche/r Vertreter/in \_\_\_\_\_