

Fragebogen Anästhesie

Liebe Patientin, lieber Patient

Mit den folgenden Fragen möchten wir wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand erfassen, um die bei Ihnen vorgesehene Operation in Lokal-, Regional- oder Allgemeinanästhesie optimal planen zu können. Wir bitten Sie, die zutreffenden Antworten anzukreuzen. **Bitte nehmen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem Hausarzt mit. Anschließend nehmen Sie den Fragebogen in die Anästhesiesprechstunde oder bei Spitaleintritt ins Spital Zollikerberg mit.**

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente wegen zu hohem Blutdruck ein? Ja Nein

Leiden Sie an den Folgen einer Nierenerkrankung oder müssen Sie an die Dialyse? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?
Z. B. Plavix, Aspirin, Marcumar, Sintrom Ja Nein

Haben Sie oft Zahnfleischbluten, blaue Flecken (Blutergüsse), oder hatten Sie starke Blutungen bei Operationen/Geburten? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)? Ja Nein

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Ja Nein

Haben Sie einen unregelmässigen Puls oder Herzstolpern? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Herzklappenerkrankung bekannt? Ja Nein

Sind Sie am Herzen operiert/haben Sie einen Schrittmacher? Ja Nein

Haben Sie hohen Blutdruck oder sind Sie Diabetiker? Ja Nein

Hatten Sie bereits eine Lungenoperation? Ja Nein

Leiden Sie an den Folgen einer schweren Lungenkrankheit? Ja Nein

Können Sie problemlos 10 Treppenstufen ohne anzuhalten hochgehen? Ja Nein

Falls ja

(Wird durch das Fachpersonal ausgefüllt)

Natrium
Kalium
Glucose
Kreatinin

Thrombozyten
Quick

EKG

Thorax=
Röntgenbild

Medikamente (exakte Angaben)	Einnahmezeit und Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Medikamente in Reserve (z. B. Schlafmittel, Schmerzmittel)

Pausierte Medikamente (z. B. Aspirin, Plavix, Marcumar)

_____ gestoppt seit _____

_____ gestoppt seit _____

_____ gestoppt seit _____

_____ gestoppt seit _____

Bitte nehmen Sie dieses Formular ausgefüllt in die Anästhesiesprechstunde oder bei Spitaleintritt mit.