

PATIENTENETIKETT

**FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE
(ANAMNESE)**

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen und kreuzen sie Zutreffendes an. Anhand Ihrer Informationen kann der Anästhesist / die Anästhesistin das Anästhesierisiko in Ihrem speziellen Fall abschätzen, Sie über mögliche Komplikationen aufklären und notwendige Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Folgen ergreifen.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

MEDIKATION

Nehmen Sie Medikamente ein? Wann ja, welche? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Wann ja, welche? ja nein

VOR-OPS

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und weswegen? ja nein

Traten bei Anästhesie oder Schmerzbehandlung Komplikationen auf? ja nein

Anästhesie-Komplikationen bei Blutsverwandten (Eltern, Geschwistern)? ja nein

HERZ + KREISLAUF

Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems? ja nein

- Herzinfarkt Stent, Bypass Herzschwäche Rhythmusstörungen
 Herzfehler Herz-OP Klappenfehler Herzmuskelentzündung
 Schrittmacher Defibrillator Bluthochdruck Thrombose, Embolie
 Gefäßverengungen Gefäßausweitungen

Verspüren Sie Enge oder Schmerzen im Brustkorb (Angina pectoris)? nein

ja, nur bei stärkster Belastung ja, auch bei mittlerer Belastung

ja, auch bei geringer Belastung ja, auch in Ruhe

Verspüren Sie Atemnot? nein

ja, nur bei stärkster Belastung ja, auch bei leichter Belastung

ja, auch in Ruhe

Haben Sie Probleme schnell zu gehen oder eine Etage Treppen zu steigen? ja nein

Sonstiges: _____

LUNGE

Leiden Sie an Erkrankungen der Lunge? ja nein

- Asthma COPD Bronchitis Emphysem
 Zwerchfelllähmung

Sonstiges: _____

BAUCH + SW

Leiden Sie an Erkrankungen der Bauchorgane? ja nein

- Speiseröhre Magen Darm Bauchspeicheldrüse
 Leber Niere Prostata

Leiden Sie an Erkrankungen des Stoffwechsels? ja nein

- Diabetes Schilddrüsen-Überfunktion/-Unterfunktion

Sonstiges: _____

NEUROLOGIE

Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems oder der Muskulatur? ja nein

- Epilepsie Schlaganfall Lähmungen Multiple Sklerose
 Demenz Parkinson Hirnkrankheit Nervenkrankheit
 Muskelkrankheit psychiatrische Krankheit
 Maligne Hyperthermie

Sonstiges: _____

Haben Sie eine schwere Einschränkung beim Sehen? ja nein

Haben Sie eine schwere Einschränkung beim Hören? ja nein

ATEMWEG

Leiden Sie an Schlafapnoe (starkes Schnarchen)? ja nein

Leiden Sie an einer Stimmbandlähmung? ja nein

Ist ihre Mundöffnung eingeschränkt? ja nein

Haben sie lockere oder überkronte Zähne oder einen Zahnersatz? ja nein

Sonstiges: _____

BLUTGERINNUNG

Bestehen Auffälligkeiten der Blutgerinnung? nein

- ja, vermehrtes spontanes Nasenbluten
 ja, vermehrt blaue Flecken an untypischen Stellen
 ja, Zahnfleischbluten ohne Entzündung
 ja, längeres Nachbluten bei Zahndurchtritt/Zahnziehen
 ja, längeres Nachbluten bei Schnittwunden
 ja, verstärkte Nachblutung bei Operationen
 ja, Blutungsneigung in der Blutsverwandtschaft
 ja, auffällige Wundheilungsstörungen
 ja, von Anfang an verstärkte Regelblutung (>7 Tage, >7 Binden pro Tag)

BESONDERHEITEN

Haben Sie Allergien auf Medikamente, Kontrastmittel, Jod, Latex oder Pflaster? nein

ja, folgende: _____

Haben Sie eine Infektionskrankheit? (Hepatitis, HIV oder ähnliche) ja nein

Rauchen Sie? Was und wie viel? _____ ja nein

Trinken Sie Alkohol? Was und wie viel? _____ ja nein

Nehmen Sie Drogen? Welche? _____ ja nein

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie ein Kind? ja nein

Standen Sie – abgesehen vom geplanten Eingriff – zuletzt in Behandlung? ja nein

Haben Sie eine Patient:innenverfügung oder Vorsorgevollmacht? ja nein

Datum: _____ **Unterschrift:** _____