

Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese)

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

Telefon: _____ **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: _____