

Patienten-Etikette

**ABTEILUNG ANÄSTHESIE
UND INTENSIVMEDIZIN**

KLINIK IM PARK
SEESTRASSE 220
8027 ZÜRICH
T 044 209 22 71
narkose.impark@hirslanden.ch

ANÄSTHESIE-FRAGEBOGEN

Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen, entsprechend ankreuzen
und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Körpergrösse _____ Gewicht _____

GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert? _____

Welcher Arzt operiert Sie? _____

Datum der geplanten Operation? _____

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Check-up durchgeführt? _____ ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

FRÜHERE OPERATIONEN

ART DER ANÄSTHESIE

Wann? _____ Vollnarkose

Welche? _____ Teilnarkose

Wann? _____ Vollnarkose

Welche? _____ Teilnarkose

Wann? _____ Vollnarkose

Welche? _____ Teilnarkose

Wann? _____ Vollnarkose

Welche? _____ Teilnarkose

**Sind dabei Zwischenfälle
bei der Anästhesie aufgetreten?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

**Traten nach der Anästhesie
Beschwerden auf?** ja nein

Übelkeit/Erbrechen, Schwindel, Kältezittern,
Atembeschwerden, Hals- und Schluckbeschwerden,
Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen,
Blutungen?

Andere? _____

**Kam es bei Blutsverwandten
zu Anästhesiezwischenfällen?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

ALLGEMEINE FRAGEN

**Wurden Sie in letzter Zeit
ärztlich behandelt?** ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Rauchen Sie regelmässig? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

**Nahmen oder nehmen
Sie Drogen?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

**Könnte eine Schwangerschaft
bestehen?** ja nein

**Hatten Sie schon einmal
eine Bluttransfusion?** ja nein

In den letzten 3 Monaten
Haben Sie die Transfusion
gut ertragen? ja nei
 ja nein

Tragen Sie Zahnersatz? ja nein

Herausnehmbare Prothese,
Stiftzahn, Implantate, Jacketkrone

Haben Sie lockere Zähne? ja nein

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein

**Haben Sie einen
Herzschrittmacher oder
Defibrilla tor?** ja nein

WAREN ODER SIND SIE AN FOLGENDEN ORGANSYSTEMEN KRANK?

Bitte ausfüllen, entsprechend ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen.

Herz ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Atemnot bei Anstrengungen oder beim Flachliegen

oder _____

Kreislauf ja nein

Bluthochdruck, niedriger Blutdruck

oder _____

Gefässe ja nein

Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen

oder _____

Lungen und Atemwege ja nein

Lungenentzündungen, Tuberkulose, Staublunge, Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenembolie, Husten/Auswurf

oder _____

Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Gallenblase ja nein

Sodbrennen, häufiges Erbrechen, Geschwür, Verdauungsprobleme, Gallensteine, Hepatitis

oder _____

Stoffwechsel ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes), Schilddrüse, Gicht, erhöhte Blutfette

oder _____

Infektionskrankheiten ja nein

Hepatitis, HIV

oder _____

Nieren und Harnwege ja nein

Nierensteine, Entzündungen, erhöhte Nierenwerte, Dialyse, Blasenentzündungen

oder _____

Augen ja nein

Linsentrübung, grüner Star, Pupillendifferenz, Sehstörungen, Sehschwäche

oder _____

Bewegungsapparat ja nein

Gelenkerkrankung, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden, Schulter- oder Armschmerzen

Gab oder gibt es Muskel-erkrankungen bei Ihnen oder bei Blutsverwandten? ja nein

Blut ja nein

Blutgerinnungsstörung (häufiges Nasen- und Zahnfleischbluten, blaue Flecken), Blutarmut (Anämie), sehr starke Monatsblutungen, sonstige starke Blutungen

oder _____

Nerven ja nein

Hirnschlag oder Streifung, Anfallsleiden (Epilepsie), Lähmungen, Gefühlsstörung, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Migräne

oder _____

Gemüt: Depression ja nein

oder _____

Allergie ja nein

Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen: Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, Jod, Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle

oder _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

(Bitte bringen Sie alle Medikamente ins Spital mit)

Welche? _____

Sonstige nicht aufgeführte Krankheiten oder Besonderheiten?

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich habe die Anästhesie-Broschüre sowie das Aufklärungsblatt gelesen. Das schweizerische Recht verlangt eine frühzeitige Aufklärung des Patienten, abhängig von der Operation, mindestens 1-3 Tage. Wir werden uns deshalb erlauben, Sie wenn immer möglich hierfür in unsere Anästhesiesprechstunde anzubieten.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

Den Fragebogen bitte ausfüllen und zusammen mit den übrigen Unterlagen an die Klinik zurückschicken. Falls die Operation sehr kurzfristig geplant wurde, bringen Sie den Fragebogen (oder eine Kopie) bitte persönlich bei Klinikeintritt bzw. in die Anästhesiesprechstunde mit.