

## Anästhesie-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden Sie ihn umgehend per Post oder E-Mail zurück.

Postadresse: Spital Männedorf AG, Patienten-Aufnahme, Asylstrasse 10, 8708 Männedorf

E-Mail: [eintritt@spitalmaennedorf.ch](mailto:eintritt@spitalmaennedorf.ch)

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

### Sind Sie bei einem Hausarzt oder Herzspezialisten in Behandlung oder in Kontrollen? Wann?

Hausarzt \_\_\_\_\_

Herzspezialist \_\_\_\_\_

### Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name / Dosis)

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

### Frühere Operationen / Narkosen

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

### Bestand oder besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls ja, bitte Kommentar einfügen.

Narkoseprobleme bei Ihnen oder Verwandten, z.B. maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herz: z.B. Herzinfarkt, Stents, Rhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzklappen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Bitte bringen Sie den Ausweis mit
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gerinnungsstörung: z.B. häufig blaue Flecken, Nasen- oder Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lunge: z.B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose, Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall, Hirnblutung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



Erhöhter Blutzucker oder Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Magen: z.B. Reflux, Zwerchfellbruch, Magenoperation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutarmut / Anämie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Muskelerkrankungen oder Muskelschwund	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rückenbeschwerden oder Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nervensystem: Epilepsie, Lähmung, Gefühlsstörung, Parkinson, chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüse: Über- oder Unterfunktion, andere Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Bringen Sie Ihr Therapiegerät am Operationstag mit
Psychische Erkrankung: z.B. Depression, Platzangst, Panikattacken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Infektionskrankheiten: HIV, Tuberkulose, Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

### Allgemeine Fragen

**Grösse:** \_\_\_\_\_ **cm**      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg**      (wichtig für die Dosierung der Medikamente)

Können Sie ohne Atemnot zwei Etagen Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot oder ein Druckgefühl auf der Brust?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehen Allergien (z.B. Latex, Jod, Medikamente, Desinfektionsmittel)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie herausnehmbare Zahnprothesen oder lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: wieviel
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: wieviel
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: welche
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Bitte bringen Sie eine Kopie mit

### Ergänzungen / Fragen:

---



---



---



---

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_