

Patientendaten (Name und Adresse oder Aufkleber):

DokuAn1E Narkose/Regionalanästhesie (Erwachsene/Jugendliche)

## FRAGEBOGEN zur Krankenvorgeschichte des Patienten (Anamnese)

Falls Sie Ausweise wie z.B. einen Herzschrittmacher-, Marcumar-, Allergie- oder Diabetikerausweis, einen Ausweis zur Endokarditisprophylaxe, einen Blutspenderausweis, einen Narkosepass oder eine Patientenverfügung besitzen, bringen Sie diese bitte mit.

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes in den Kästchen ankreuzen und zutreffende Beispiele unterstreichen bzw. ergänzen.

nein = n ja = j

1. Leiden Sie zurzeit an einer **Infektion** (z.B. Erkältung)?  n  j  
Wenn ja, an welcher?

\_\_\_\_\_

2. Haben Sie in den letzten 4 Wochen **blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente** (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Heparin, Tyklid®, Plavix®, Iscover®) eingenommen?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie in letzter Zeit **andere Medikamente** (z.B. Blutdruckmittel, Herzmedikamente, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka, metforminhaltige Antidiabetika, Abführmittel, "Antibabypille") regelmäßig oder gelegentlich genommen?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Wurden bei Ihnen schon **Operationen** durchgeführt?  n  j  
Wenn ja, welche und wann (Jahr)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Hat eine **Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung** bei Ihnen oder bei Ihren Blutsverwandten schon einmal **Probleme** verursacht (z.B. Übelkeit, Fieber)?  n  j

Welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu **Übelkeit** und **Erbrechen** (z.B. auf Reisen)?  n  j

6. Traten im Falle einer Übertragung/Anwendung von **Blut/Blutbestandteilen** (Transfusion) **Komplikationen** auf?  n  j

Haben Sie für den geplanten Eingriff **Eigenblut** gespendet?  n  j

7. **Bitte unterstreichen und ergänzen Sie alle Erkrankungen oder Anzeichen von Erkrankungen, die Sie haben bzw. hatten:**

**Herz/Kreislauf:** z.B. Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung  n  j

\_\_\_\_\_

**Gefäße:** z.B. Krampfader, Thrombose/Embolie, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall  n  j

**Blut/Gerinnung:** z.B. Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten, häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, Neigung zu blauen Flecken, Nachbluten nach Operationen/Verletzungen  n  j

**Atemwege/Lunge:** z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Staublung, Tuberkulose, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung  n  j

**Leber/Galle:** z.B. Gelbsucht, Leberentzündung, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine  n  j

**Nieren/Blase:** z.B. erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nieren-/Blasensteine  n  j

**Speiseröhre/Magen/Darm:** z.B. Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit  n  j

**Stoffwechsel:** z.B. Zuckerkrankheit, Gicht  n  j

**Schilddrüse:** z.B. Unter- oder Überfunktion, Kropf  n  j

**Skelettsystem:** z.B. Gelenkerkrankungen, Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom  n  j

**Muskeln:** z.B. Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, auch bei Blutsverwandten, Veranlagung zu maligner Hyperthermie, Myasthenia gravis  n  j

**Nerven/Gemüt:** z.B. Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, unruhige Beine (Restless-legs-Syndrom), chronische Schmerzen, häufige Kopfschmerzen, Depressionen  n  j

**Augen:** z.B. Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen  n  j

**Ohren:** z.B. Schwerhörigkeit, Hörgerät  n  j

**Allergie:** z.B. Heuschnupfen oder **Unverträglichkeitsreaktionen** auf Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungs-/Schmerz-/Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe)  n  j

8. **Andere Erkrankungen/Beeinträchtigungen?**  n  j

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Perforationslinie zum Abtrennen