

## Anästhesie-Fragebogen

→ Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

Zuger Kantonsspital  
 Institut für Anästhesie und Intensivmedizin  
 Präoperative Sprechstunde  
 Landhausstrasse 11  
 6340 Baar  
 T 041 399 33 15, praeoperative.sprechstunde@zgks.ch

Patientenetikette

Wir danken Ihnen für die rasche Zustellung des ausgefüllten und unterzeichneten Fragebogens an die obenstehende Adresse. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Hausärztin bzw. Ihren Hausarzt oder an uns.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Grösse \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Wer ist Ihre Hausärztin bzw. Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon, E-Mail)?

\_\_\_\_\_

Letzte Kontrolle bei der Kardiologin/beim Kardiologen (Herzspezialist/in)

Wo (Praxis) \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_

### GESUNDHEITZUSTAND

Können Sie ohne Atemnot zwei Etagen Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

#### Bestand oder besteht bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Probleme?

Erkrankung der Herzkranzgefässe (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung der Herzklappen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Falls ja, bitte den Ausweis mitbringen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heimsauerstoff)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenembolie und/oder Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörung (z. B. häufiges Nasen- oder Zahnfleischbluten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Muskelerkrankungen (z. B. maligne Hyperthermie, Myopathie, Muskeldystrophie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung / mit Insulinbehandlung	<input type="checkbox"/> Ohne	<input type="checkbox"/> Mit <input type="checkbox"/> Nein

# Anästhesie-Fragebogen

**Bestand oder besteht bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Probleme?**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung (z. B. Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion oder andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, chronische Schmerzen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankung (z. B. Platzangst, Panikattacken, Depression)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe (Bitte bringen Sie ggf. Ihr Therapiegerät am Operationstag mit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z. B. Reflux, Magenbrennen, Magenbypass, Magenband)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wirbelsäulenbeschwerden (z. B. Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV, Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Haben Sie Allergien (z. B. auf Medikamente, Latex, Jod, Desinfektionsmittel oder Nahrungsmittel)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Könnte eine Schwangerschaft bestehen oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie herausnehmbare Zahnprothesen oder lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? Wenn ja, wie viel? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahmen / nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit einer Anästhesie? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akzeptieren Sie bei lebensbedrohlichen Blutungen während der Operation Blutprodukte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung? Falls ja, bringen Sie bitte eine Kopie mit.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**FRÜHERE OPERATIONEN**

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

**MEDIKAMENTE**

**Welche Medikamente nehmen Sie ein? Falls vorhanden, bitten wir Sie, Ihren Medikamentenplan mitzubringen.**

Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:

**BEMERKUNGEN / FRAGEN**

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin/Patient  
oder gesetzliche/r Vertreter/in \_\_\_\_\_