

Anästhesiefragebogen zur Krankenvorgeschichte des Patienten, ASKLEPION

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen und ergänzen

Vorname und Name

Beruf.....

Größe: cm Gewicht: kg Geburtsdatum:

1. Leiden Sie zurzeit an einer Infektion (z. B. Erkältung)?

Ja Nein

Wenn ja, an welcher?

.....

2. Befanden Sie sich in letzter Zeit ärztlicher Behandlung

Ja Nein

Weswegen?

.....

3. Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

4. Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt?

Ja Nein

auch Schönheitsoperationen!! Wenn ja, welche und wann?

.....

.....

5. Gab es Komplikationen bei einer Anästhesie?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

6. Bekamen Sie bei einer Operation Bluttransfusion

Ja Nein

Bitte unterstreichen und ergänzen Sie alle Erkrankungen oder Anzeichen von Erkrankungen,

die Sie haben bzw. hatten:

7. Herz, Kreislauf: z.B. Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher-niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung

.....

8. Gefäße: Krampfadern, Thrombose, Embolie, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall

.....

9. Blut-Gerinnung: z.B. Gerinnungsstörungen, (häufiges Nasen-Zahnfleischbluten, Neigung zu blauen Flecken, Nachblutung nach Operationen

.....

10. Haben Sie in letzter Woche Medikamente für Blutverdünnung genommen?

Ja Nein

(z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto...)

11. Atemwege, Lunge: z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung
Schlafapnoe, Tuberkulose

.....

12. Leber, Galle: z.B. Gelbsucht, Leberentzündung, Fettleber,
Zirrhose, Gallensteine

.....

.....

13. Nieren, Blase: z.B. Erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung,
Nieren-Blasensteine

.....

14. Speiseröhre-Magen-Darm: z.B., Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen,
Sodbrennen, Refluxkrankheit

.....

15. Stoffwechsel: z.B. Zuckerkrankheit, Gicht

.....

16. Schilddrüse: z.B. Unter oder Überfunktion, Kropf

.....

...

17. Skelettsystem: z.B. Gelenkerkrankungen, Rücken-Bandscheibenbeschwerden,
Schulter-Arm Syndrom

.....

18. Muskeln: z.B. Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, Veranlagung zu
maligner Hyperthermie, Myasthenia Gravis.

.....

19. Augen: z.B. grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen

.....

20. Ohren: z.B. Schwerhörigkeit, Hörgerät

.....
21. Allergie: z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente, Kontrastmittel,
Betäubungs-Schmerz-Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex, Soja, Erdnüsse,
Milch-Eier-Fischeiweiß
.....

22. Lockere Zähne, Karies, Parodontose, Zahnersatz
(Prothese, Brücke, Krone, Implantat)

23. Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag.....

24. Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein

Wenn ja, was und wie viel täglich?

25. Nur für Patientinnen: Könnten Sie evtl. schwanger sein?

Ja Nein

Nehmen Sie Antibabypille ein?

26. Sind Sie gegen Covid 19 geimpft?

Ja Nein

Wenn ja, womit wurden Sie geimpft.....

Wie viele Dosen und wann wurde die letzte Dosis verabreicht?.....

**Geben Sie, bitte, andere gesundheitlichen Probleme oder andere Fakten über Ihre
Gesundheit an, über die Sie denken, dass wir informiert werden sollten:**

.....
...

Ort, Datum:Unterschrift:

.....