



CHRISTOFFEL OP

Anamnesebogen



Bitte senden oder mailen Sie uns diesen Anamnesebogen vollständig ausgefüllt umgehend an die unten genannten Kontaktdaten.

| | |
|---|-------|
| <h3>Patientenetikette</h3> | |
| Falls die Etikette vergessen wird, bitte Name & Vorname notieren. Danke | |
| Name: | _____ |
| Vorname: | _____ |

Hausarzt: _____
Grösse (cm) _____
Gewicht (kg): _____
Was wird operiert: _____
Operateur: _____
OP Datum: _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit (bei Auswahl Zutreffendes unterstreichen)

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fühlen Sie sich derzeit gesund? Wenn nein, warum nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung? Wenn ja: wann, weswegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie bereits Operationen mit Narkose? Welche? Jahr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie die Narkose gut vertragen? Warum nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traten bei Verwandten Besonderheiten im Zusammenhang einer Anästhesie auf? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien? Medikamente, Jod, Gräser, Nahrungsmittel oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie in den letzten Wochen blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen? Z.B.: Marcumar, Aspirin, Plavix, Heparin, Fragmin oder andere (welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Medikamente ein? Herz-, Blutdruckmedikamente, Schmerzmittel, Psychopharmaka, Antibabypille. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde/n Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile transfundiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Piercings? Wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Können Sie mühelos zwei Stockwerke Treppen steigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten oder Anzeichen davon? (bei Auswahl Zutreffendes <u>unterstreichen</u>) | ja | nein |
| Herz/Kreislauf: Angina pectoris, hoher oder niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fortsetzung siehe Rückseite...



CHRISTOFFEL OP

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Atemwege / Lungen: Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Tuberkulose oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefässe: Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, Krampfadern oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niere: erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündungen oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber: Gelbsucht, Gallensteine, Fettleber oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Speiseröhre, Magen, Darm: Sodbrennen, Refluxkrankheit, Geschwüre oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf, oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- Bandscheibenprobleme oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Verwandten) oder andere (Welche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Schmerzen? Wo? Seit wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lockere Zähne? Karies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? Was, seit wann, wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie Alkohol? Was, seit wann, wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsumieren Sie Drogen? Was, seit wann, wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte legen Sie bei folgenden Leiden jeweils einen detaillierten Arztbericht (z.B. vom Hausarzt) bei:

- Stattgefundenener Herzinfarkt oder regelmässige Herzbeklemmung (Angina pectoris)
- Herzleiden oder Herzklappenerkrankung
- Stattgefundenene Operation an Herz oder Lunge (inkl. Herzschrittmacher und/oder Herzkatheter)
- Behandlungsbedürftiges Asthma oder chronischer Husten mit Auswurf
- Langes Bluten nach Verletzungen, regelmässig grosse Blutergüsse, häufiges Bluten beim Zähneputzen
- Epilepsie, seelische oder geistige Erkrankung oder Einschränkung
- Muskelschwund, Spastik oder andere Muskelerkrankungen

Fortsetzung siehe Rückseite...



CHRISTOFFEL OP

Bemerkungen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich dieses Formular zur Erfassung meiner medizinischen Vorgeschichte nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe. Ich habe die Informationen im separaten Merkblatt ambulante Anästhesie gelesen, verstanden und werde die darin enthaltenen Empfehlungen und Weisungen befolgen.

Ich wünsche vor dem Eingriffstag Kontaktaufnahme durch den/die Anästhesisten/in:
(Gewünschtes bitte ankreuzen)

- Nein, ich habe genügend Informationen erhalten.
- Ja telefonisch persönlich

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (evtl. gesetzliche/r Vertreter/in)