

Narkosefragebogen (Anamnese)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, ergänzen

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Alter: _____ Jahre

Beruf: _____

Hausarzt: _____

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit? ja nein
Wegen _____

Besteht z. Z. eine Erkältung? ja nein

Liegt eine andere Infektion vor? ja nein

2. Einnahme von Medikamenten in den letzten Tagen oder Wochen? ja nein

Welche? _____

3. Frühere Operationen? ja nein

4. Wurde schon einmal eine Narkose/örtliche Betäubung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, gab es Komplikationen? ja nein

5. Besteht eine Neigung zu Übelkeit? ja nein

6. Bei Patientinnen:
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

7. Wissen Sie oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere Krankheiten? ja nein

Herz/Kreislauf z. B. Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, hoher/niedriger Blutdruck, Atemnot ja nein

Gefäße: z. B. Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen ja nein

Atemwege/Lunge: z. B. COPD, Asthma, Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung ja nein

Leber: z. B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine ja nein

Niere: z. B. erhöhte Kreatininwerte, Nierenentzündung, Nierensteine ja nein

Speiseröhre, Magen, Darm: z. B. Geschwüre, Sodbrennen ja nein

Stoffwechsel: z. B. Zuckerkrankheit, Gicht ja nein

Schilddrüse: z. B. Unter-/Überfunktion, Kropf ja nein

Augen: z. B. Grüner Star, Grauer Star ja nein

Muskeln: z. B. Muskelschwäche ja nein

Dr. med. P. Bachner

Facharzt für Anästhesiologie

Spezielle Schmerztherapie

Rechtungsmedizin

Mobil: 0151 11740783

Skelettsystem: z. B. Gelenkerkrankung, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom ja nein

Nerven: z. B. Epilepsie, Lähmungen, Depressionen ja nein

Blut: z. B. Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken ja nein

Allergien: z. B. Heuschnupfen, Latex, Pflaster, Überempfindlichkeiten gegen Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente ja nein

Andere hier nicht genannte Erkrankungen ja nein

8. Sind bei Ihnen übertragbare Erkrankungen bekannt, z. B. Hepatitis, Geschlechtskrankungen, AIDS? ja nein

9. Lockere Zähne, Zahnersatz, Kronen? ja nein

10. Raucher/in? ja nein
Wenn ja, was und wie viel täglich

11. Alkohol: nie selten regelmäßig

12. Einnahme von Schlaf- od. Betäubungsmitteln? ja nein
Einnahme von Drogen? ja nein

Welche? _____

13. Besonderheiten: _____

Bitte essen, trinken und rauchen Sie 6 Std. (Kleinkinder 2-4 Std.) vor der Operation nichts mehr. Kommen Sie bitte ungeschminkt. Wegen der Medikamentennachwirkungen dürfen Sie in den nächsten 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen und keine gefährlichen Tätigkeiten ausüben.

Einwilligungserklärung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle Fragen stellen und sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und willige in die Narkose (Intubation/Larynxmaske) ein. Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des Anästhesieverfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden. Den Fragebogen habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Datum _____ Unterschrift Patient/in / Betreuer _____

Datum _____ Unterschrift Arzt/Ärztin _____