



Praxisstempel

Anästhesiegemeinschaft • Tel 052 202 07 66 • Fax 052 202 07 67
 Dr. Ulrich Flecks Dr. Miroslav Stefan Dr. Lorena Witzig

Anmelde- und Fragebogen zur Anästhesie (Erwachsene)



Angaben zur Operation (durch den Operateur auszufüllen)

Operation		Operateur	
OP-Datum	OP-Dauer ca. Min.	Spezielles	

Angaben zum Patienten (Klebe-Etikette falls vorhanden)

Name	Vorname	Geb.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Grösse cm Gewicht kg
Strasse		PLZ	Ort	
Tel. Privat Tel. Mobil Tel. Geschäft		Hausarzt (Name, Tel.-Nr.)		
<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Krankenkassen-Nr.	SUVA: Unfalldatum angeben		
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV	IV: Verfügung oder Verfügungsnummer und IV-Nummer angeben		

Angaben zur Gesundheit (durch den Patienten auszufüllen – bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ja Nein

Fühlen Sie sich gesund? Falls nein, warum nicht?		
Waren Sie in den letzten 5 Jahren schwer krank oder in Spital-Behandlung? Wenn ja, welche Erkrankung?		
Hatten Sie frühere Operationen? (bitte auflisten mit Jahr)		
Hatten Sie – oder Verwandte - Narkosekomplikationen? Wenn ja, welche?		
Können Sie ohne Unterbruch die Treppen von 2 Stockwerken hoch steigen?		
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente (z.B. Penicillin), Narkosemittel, Nahrungsmittel (z.B. Soja) oder andere Stoffe wie Latex, Gummi, Pflaster, Jod? Haben Sie Heuschnupfen?		
Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, neigen Sie zu häufigem Nasenbluten oder Zahnfleischbluten?		
Leiden Sie unter hohem Blutdruck (Hypertonie), niedrigem Blutdruck?		
Leiden Sie an Magenbrennen, saurem Aufstossen oder einem Zwerchfellbruch? Hatten Sie eine Magenoperation?		
Leiden Sie an Zuckerkrankheit?		
Leiden Sie an Schilddrüsenüber- oder unterfunktion?		
Haben Sie ein Nierenleiden mit eingeschränkter Nierenfunktion?		
Leiden oder litten Sie an einer Lebererkrankung, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?		
Leiden Sie an einer Gelenkerkrankung (Arthrose, Polyarthritis), Rückenschmerzen oder Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Welche?		
Konsumieren Sie regelmässig Alkohol, Nikotin oder Drogen? Wieviel?		
Sind sie möglicherweise schwanger?		

Bitte legen Sie für folgende Leiden einen detaillierten Arztbericht bei:

Hatten Sie einen Herzinfarkt oder haben Sie regelmässig Herzbeklemmung (Angina pectoris)?		
Haben Sie ein Herzleiden, eine Herzklappenerkrankung, einen angeborenen Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, unregelmässigen Puls, Vorhofflimmern oder gelegentliches Herzrasen?		
Wurden Sie an Herz oder Lunge operiert (inklusive Herzschrittmacher und/oder Herzkatheter)?		
Leiden Sie an behandlungsbedürftigen Lungenkrankheit, wie Asthma oder chronischem Husten mit Auswurf (chron. Bronchitis)?		
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen oder haben Sie Thrombosen, Lungenembolien oder einen Schlaganfall gehabt?		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Tiatral, Plavix usw.)?		
Leiden Sie an Krampfanfällen (Epilepsie), an Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen?		
Leiden Sie an Muskelerkrankungen, Muskelschwäche oder -lähmung, Spastik, maligner Hyperthermie?		
Leiden Sie an einer therapiebedürftigen Stoffwechselerkrankung resp. müssen Sie Insulin spritzen?		

Andere nicht erwähnte Krankheiten? / Bemerkungen

Hiermit bestätige ich, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift des Patienten