Herz-Jesu Krankenhaus Wien

Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal rund um die Operation betreuen können.

Datum: ……

Name: ……

Geburtsdatum: ……..

Beruf: ……..

Größe: ……cm

Gewicht: …….kg

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

1. **Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:**
   O ja O nein
   wenn ja, bitte in die Liste eintragen:

2. **Blutverdünnende Medikamente**
   O ja O nein

   wenn ja, bitte in die Liste eintragen:

3. **frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept), pflanzliche Präparate, Drogenersatzpräparate**
   O ja O nein
   wenn ja, bitte in die Liste eintragen:

Medikament	Wirkstärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

4. frühere Operationen?

O ja O nein wenn ja, welche und wann:

……

……

……

5. Allergien, Unverträglichkeiten?

O ja O nein

wenn ja, welche:

O Latex (Gummi) O Antibiotika

O Jod O Nickel

O Nahrungsmittel O andere:……

6. Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

O ja O nein wenn ja,

welche:

O Übelkeit/Erbrechen

O Atembeschwerden

O Kreislaufbeschwerden

O Kältezittern O andere:

……

7. Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

O ja O nein

8. Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

O ja O nein

9. Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

O ja O nein

wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

……

10. Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?

O ja O nein

wenn ja, wie viel Stück pro Tag:

……

wenn ja, seit wie vielen Jahren:

……

wenn früher ja, Nichtraucher seit wie vielen Jahren:

……

11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

O ja O nein

wenn ja, was und wie viel pro Tag:

……

12. Nehmen Sie Drogen?

O ja O nein

wenn ja, welche:

……

13. Hören Sie schlecht?

O ja O nein

14. Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?

O ja O nein

wenn ja, welche (ankreuzen):

Links Rechts oben oben



Links Rechts unten unten

15. Tragen Sie eine Zahnprothese?

O ja O nein

16. Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?

O ja O nein

17. Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt worden?

O ja O nein

18. Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne erkennbaren Grund?

O Nasenbluten

O blaue Flecken ohne Anschlagen

O Blutungen in Gelenken, Muskeln, Weichteile

O auffällig starke Blutung nach Zahnziehen Operation oder Schnittverletzung

O Nein, keine auffällige Blutungen

19. Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?

O ja O nein

<u>Nur von Patientinnen zu beantworten</u>:

20. Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke Regelblutung?

O länger als 7 Tage Dauer

O mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

21. Könnten Sie schwanger sein?

O ja O nein

22. Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet oder akut erkrankt?

O ja O nein

23. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?

O ja O nein wenn ja, welche:

O HIV O Hepatitis O Tuberkulose

24. Haben Sie körperfremde Gegenstände an oder in sich?

O ja O nein

wenn ja, welche O Stent O Herzschrittmacher O Kardioverter-Defibrillator O Piercing O andere:

……

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

25. Bluthochdruck

O ja O nein

26. Zuckerkrankheit

O ja O nein

wenn ja, spritzen Sie **Insulin**

O ja O nein

27. Herzinfarkt

O ja O nein

wenn ja, innerhalb der **letzten 6 Wochen**

O ja O nein

wenn ja, wurde eine **Herzkatheteruntersuchung** durchgeführt:

O ja O nein

28. Brustschmerzen in Ruhe

O ja O nein

29. Brustschmerzen nur bei Anstrengung

O ja O nein

30. Herzschwäche O ja O nein

31. Wasser in Lungen oder Beinen

O ja O nein

32. Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)

O ja O nein

33. Herzklappenfehler

O ja O nein

34. Lungenerkrankung

O ja O nein

35. Asthma bronchiale

O ja O nein

36. Bronchitis bzw. COPD

O ja O nein

wenn ja, benötigen Sie ein **Sauerstoffgerät**:

O ja O nein

37. Schlafapnoe

O ja O nein

wenn ja, haben Sie eine **CPAP-Maske**:

O ja O nein

38. Nierenerkrankung

O ja O nein

39. Lebererkrankung

O ja O nein

40. Magen-Darm-Erkrankung

O ja O nein

41. Infektionskrankheit

O ja O nein

42. Schilddrüsenerkrankung

O ja O nein

43. Erkrankungen der Blutgefäße

O ja O nein

44. Erkrankungen des Nervensystems

O ja O nein

45. Demenz

O ja O nein

46. Schlaganfall bzw. TIA

O ja O nein

wenn ja, innerhalb der **letzten 6 Wochen:**

O ja O nein

47. Gemütsleiden/psychische Erkrankung

O ja O nein

48. Muskelerkrankung

O ja O nein

49. Erkrankung des Bewegungsapparates

O ja O nein

50. Grüner Star

O ja O nein

51. andere, nicht angeführte Erkrankung:

O ja O nein wenn ja, welche:

.....

52. Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

O ja O nein

53. Haben Sie eine Patientenverfügung?

O ja, verbindlich O ja, beachtlich

O nein

54. Waren Sie während des letzten halben Jahres häufiger als 2 x im Krankenhaus in stationärer Behandlung?

O ja O nein

55. Wohnen Sie in einem Pflegeheim?

O ja O nein

56. Haben Sie chronische Wunden oder Hautdefekte?

O ja O nein

57. Leiden Sie an einer schuppenden Hauterkrankung?

O ja O nein

58. Wurde bei Ihnen während des letzten Jahres einer der folgenden Keime nachgewiesen?

O MRSA (= methicillinresistenter Staphylococcus aureus)

O VRE (= vancomycinresistente Enterokokken)

O MRGN (= multiresistente gramnegative Stäbchen)

O …ich weiß es nicht…

59. Waren Sie während des letzten Jahres im Ausland im Krankenhaus in stationärer Behandlung?

O ja O nein wenn ja, wo:

……

Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, mit:

- Anästhesiepass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Stentpass / Implantatpass
- Allergiepass
- Herzschrittmacherpass

Mit freundlicher Unterstützung von

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ARGE Präoperatives Patientenmanagement
www.oegari.at

