

Anästhesie-Fragebogen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Körpergrösse:	Gewicht:

Operation	OP-Datum
------------------	-----------------

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kreislauf- und Gefässkrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen / Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen – Darm – Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen, Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutarmut, Blutungsneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nerven- oder Muskelerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche und in welcher Dosierung?

Name	Wieviel:
Name	Wieviel:
Name	Wieviel:
Name	Wieviel:

Allgemeine Fragen

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann, wie viel:
Konsumieren Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Was, wieviel täglich:
Konsumieren Sie Drogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Was, wieviel täglich:
Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Ich habe keine weiteren Fragen
 Ich habe noch folgende Fragen:

Ich willige ein, dass die geplante Operation in Vollnarkose durchgeführt wird. Ich bin unter oben genannter Telefonnummer in den 2-3 Tagen vor dem geplanten Eingriff erreichbar.

Datum:	Datum:
Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten:	Unterschrift des Arztes:
.....

Bitte den Fragebogen baldmöglichst ausfüllen und zurückschicken an: