

PATIENTENFRAGEBOGEN

Wir bitten Sie, den Bogen ausgefüllt in die Klinik mitzubringen.

| | | |
|-----------|-------------------|---------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Telefon | Gewicht in kg | Grösse in cm |
| Operation | Tel. Bezugsperson | |
| Hausarzt | Praxisort | Praxistelefon |

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? (ausgenommen jetziger Operationsgrund) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Wurden Sie bereits operiert? Welche Operation und wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) _____ | | |
| b) _____ | | |
| <hr/> | | |
| Kam es bei früheren Operationen bei Ihnen oder in Ihrer Familie zu speziellen Zwischenfällen? (z.B. verstärkte Blutung, maligne Hyperthermie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie nach der Operation Übelkeit / Erbrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird es Ihnen während einer Reise schnell schlecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte bringen Sie eigene Medikamente originalverpackt mit in die Klinik.

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche? (z.B. Latex (Gummi), Pflaster, Medikamente, Heuschnupfen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Jacketkronen, Zahnbrücken, Prothesen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oben 4 3 2 1 1 2 3 4 | | |
| unten 4 3 2 1 1 2 3 4 | | |
| Zahnstatus | | |
| (wird vom Arzt ausgefüllt) | | |
| Haben Sie lockere Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel pro Tag? _____ | | |
| Seit wie vielen Jahren? _____ | | |
| <hr/> | | |
| Trinken Sie täglich Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Schlaf-/Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Drogen? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzmittel oder blutverdünnende Medikamente (Marcoumar, Sintrom, Plavix) genommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? _____ | | |
| Wann zuletzt? _____ | | |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tragen Sie ein <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Atemnot, wenn sie ohne Unterbruch die Treppe von 2 Stockwerken hochsteigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden

Leiden Sie an folgenden Krankheiten? Bitte Zutreffendes ankreuzen und unterstreichen.

ja nein

Herz-Kreislauf- und Gefässerkrankungen

(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern)

Lungenerkrankungen (Asthma, Bronchitis, chronischer Husten)

Nierenerkrankungen (Nieren-/Blasenentzündung, -schwäche, Nierensteine)

Lebererkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung)

Magen-/Darmerkrankungen (Magengeschwür, saures Aufstossen, häufiges Erbrechen)

Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung (Über-/Unterfunktion, Kropf)

Psychische oder Nervenleiden (Gedächtnisstörungen, Depression, Epilepsie, Migräne, Lähmungen)

Skeletterkrankungen (Wirbelsäule, Diskushernie, Gelenke, Osteoporose)

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (Neigung zu Blutergüssen, vermehrte Blutung nach zahnärztlichen oder anderen Operationen, blaue Flecken ohne besonderen Anlass, Nasenbluten)

Andere nicht erwähnte Krankheiten (z.B. Muskelerkrankungen) Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Wunsch in Verbindung mit der Anästhesie, die Ihnen bevorsteht?

Notizen der/s Anästhesisten/in zum Aufklärungsgespräch

(individuelle risikoerhöhende Umstände, Indikationen für geplante Anästhesie, postoperative Phase)

Festgelegtes Anästhesieverfahren und Einwilligung nach dem Aufklärungsgespräch

Allgemeinanästhesie

Regionalanästhesie

Spinalanästhesie

Intravenöse Regionalanästhesie (IVRA)

Nervenblockade

Pl. Brachialis

N. Femoralis

N. Obturatorius

Besondere Schmerzbehandlungsverfahren

Epiduralanästhesie

Risiken und Komplikationen wurden besprochen

Zahnschaden Nervenschaden Infektion Harnverhalten Andere

Ich erkläre mich mit den vorbereitenden und begleitenden Massnahmen der anästhesiologischen Behandlung einverstanden und bin über mögliche medizinisch notwendige Änderungen des Vorgehens und deren Risiken orientiert.

All meine Fragen wurden verständlich beantwortet.

Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____