

## Anamnesebogen für Erwachsene

### Angaben zur Person:

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geschlecht:</b> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	<b>Geb. Datum:</b>
<b>Strasse:</b>	<b>PLZ/ Ort:</b>	<b>Grösse:</b> cm	<b>Gewicht:</b> kg
<b>Telefon Natel:</b>	<b>Telefon Privat:</b>	<b>Name und Telefon Hausarzt/-ärztin:</b>	
<b>Geplanter OP-Termin:</b>	<b>Operateur/in:</b>	<b>Praxis:</b>	

### Angaben zur Gesundheit:

Fühlen Sie sich gesund? Wenn nein:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung? Weswegen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie die letzten 14 Tage eine Erkältung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien auf Medikamente, Jod, Gräser, Nahrungsmittel, Kontrastmittel oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? wie (z.B. Aspirin, Marcumar, Plavix oder andere?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie andere Medikamene ein? (wie z.B. Blutdruck-/ Herzmedikamente, Diab. mell. Typ 1 oder 2, Schmerzmittel, Psychopharmaka, Anti-Babypille oder andere?)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon einmal operiert? Bitte Eingriff und Jahr angeben:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie nach einer Operation an Übelkeit und/ oder Erbrechen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? Wenn Ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile verabreicht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Könnte möglicherweise eine Schwangerschaft bestehen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Piercing? Wo?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppen hochsteigen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Leiden Sie unter:</b>	
Herz/ Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina Pectoris, hoher oder niedriger Blutdruck oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefässe: Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Schlaganfall oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemwege / Lungen: Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Schlaf-Anpnoe-Syndrom oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leber: Gelbsucht, Fettleber, Gallensteine oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten wie HIV positiv, Hepatitis B/C oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Niere: erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündung oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Speiseröhre, Magen, Darm: Verengung, Geschwür, Refluxkrankheit, Sodbrennen oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit(Diabetes mellitus Typ 1 oder 2), Gicht oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, Rücken-, Bandscheibenprobleme oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Blutsverwandten) oder andere?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen oder Behinderungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lockere Zähne, Karies?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie, wenn ja was, und wieviel pro Tag?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol, wenn ja was, und wieviel pro Tag?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen, wenn ja welche, und wie viel pro Tag?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Schlaf- und/ oder Beruhigungsmittel ein? Wenn ja welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bemerkungen, Besonderes, Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

**Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes(inbesondere Erkältungen), einer Therapie oder der Medikation während der Wartezeit auf Ihren Operationstag rechtzeitig mit.**

Datum: .....                                  Unterschrift: .....

**Bitte senden Sie diese Blätter umgehend, aber mindestens 7 Tage vor dem geplanten Eingriff an:**  
**anaPRAX AG, St. Niklausstrasse 5, Müllerhof, CH-4500 Solothurn**  
**mail info@anaprax.ch                          tel: 062 / 296 32 38**