

## Anamnesebogen für Menschen mit Behinderung

### 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"/>

