

ANAMNESEBOGEN

ANGABEN ZUR PERSON

| | | | | |
|--------------------|-------------|---|--------------|-----------------------------------|
| Name | Vorname | Geschlecht (anatomisch) | | |
| Strasse und Nummer | PLZ und Ort | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum | e-mail-Adresse |
| Telefon 1 | Telefon 2 | Grösse [cm] | Gewicht [kg] | Name hausärztliche Praxis und Ort |

ANGABEN ZUR OPERATION

| | | |
|------------------|-----------------|--------------|
| Operationstermin | Praxis / Klinik | Operateur*in |
|------------------|-----------------|--------------|

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bemerkungen |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------|
| > Fühlen Sie sich gesund? Wenn nein, warum? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Waren Sie in den letzten Monaten in ärztlicher Behandlung? Weswegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Hatten Sie die letzten 14 Tage eine Erkältung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Bestehen Allergien auf Medikamente, Jod, Gräser Nahrungsmittel, Kontrastmittel oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? (z. B. Aspirin, Marcoumar, Plavix oder andere) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Nehmen Sie andere Medikamente ein? (z. B. Blutdruck-/ Herzmedikamente, Diabetes mellitus, Schmerzmittel, Psychopharmaka, Antibabypille, oder andere) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Wurden Sie schon einmal operiert? Bitte Eingriff und Jahr angeben: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Leiden Sie nach einer Operation an Übelkeit und/oder Erbrechen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Wurde Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile verabreicht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Für Patientinnen: Könnte möglicherweise eine Schwangerschaft bestehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Tragen Sie ein Piercing? Wo? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppen hochsteigen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| > Leiden oder litten Sie jemals unter (bitte entsprechendes unterstreichen): | | | |
| > Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler Angina pectoris, zu hoher oder niedriger Blutdruck oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| > Gefässe: Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Schlaganfall oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Atemwege / Lunge: Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, TBC, Schlaf-Apnoe-Syndrom oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Leber: Gelbsucht, Fettleber, Gallensteine, oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Infektiöse Krankheit: HIV, Hepatitis, etc.? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Niere: Erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündung oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Speiseröhre, Magen, Darm: Verengung, Geschwür Refluxkrankheit, Sodbrennen oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder 2), Gicht oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- und Bandscheibenprobleme oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Augen: Grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Blutsverwandten) oder andere? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Andere Erkrankungen oder Behinderungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Lockere Zähne, Karies? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Rauchen Sie? Wenn ja, was, und wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was, und wie viel pro Tag/Woche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche, und wie oft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Nehmen Sie regelmässig Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel ein? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

BESONDERES, SONSTIGES

BESTÄTIGUNG UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich das Dokument «Merkblatt ambulante Anästhesie» gelesen und verstanden habe und werde die darin enthaltenen Empfehlungen und Verordnungen befolgen. Mit der Unterschrift bestätige ich zugleich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient*in (oder gesetzliche Vertretung)

→ Bitte senden Sie den Anamnesebogen ausgefüllt und signiert rechtzeitig per Post oder Mail an anaPRaX.