

ANAMNESEBOGEN

ANGABEN ZUR PERSON

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

ANGABEN ZUR OPERATION

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

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen
> Ist die Geburt normal verlaufen? (Normal-/ Frühgeburt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Fand in den letzten Monaten eine ärztliche Behandlung statt? Weswegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Bestand in den 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	
> Fand in den letzten Wochen eine Impfung statt? Wogegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Wurden oder wird in den letzten Wochen Medikamente eingenommen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Fand schon einmal eine Operation statt? Was wurde operiert und wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Bestand nach der Operation Übelkeit 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 schon einmal Blut oder Blutbestandteile verabreicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Sind Piercings vorhanden? Wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten oder Anzeichen davon (bitte entsprechendes unterstreichen):			
> Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Gefässerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
> Atemwege / Lunge: Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Schlaf-Apnoe-Syndrom (grosse Mandeln), Pseudo-Krupp oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

> Leber: Gelbsucht 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, Refluxkrankheit, Sodbrennen oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
> Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1) oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
> Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
> Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, 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: Brille, 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
> Zahnspange vorhanden?	<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 der Angaben.

Datum

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte

.....

.....

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