

# Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrter:geehrte Patient:in!

Datum: .....

Füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal rund um die Operation betreuen können.

Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, mit:

- Anästhesiepass
- Patienten-/Patientinnenverfügung
- Stentpass/Implantatpass
- Allergiepass
- Vorsorgevollmacht
- Herzschrittmacherpass

Name: .....	
Geburtsdatum: .....	
Beruf: .....	
Größe: ..... cm	Gewicht: ..... kg
Kontaktdaten / Telefonnummer: .....	

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:

## 01 | frühere Operationen?

ja  nein  
wenn ja, welche und wann:

.....  
.....  
.....

## 02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

ja  nein  
wenn ja, welche:

Übelkeit/Erbrechen  Atembeschwerden

Kreislaufbeschwerden  Kältezittern

andere:

.....

## 03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

ja  nein

## 04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

ja  nein

## 05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

ja  nein  
wenn ja, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

.....

## 06 | Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?

ja  nein  
wenn ja, welche:

Latex (Gummi)  Antibiotika (z. B. Penicillin)

Jod  Nickel  Nahrungsmittel

andere:

.....

## 07 | Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

ja  nein  
wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....

**08 | Blutverdünnende Medikamente**

ja  nein  
wenn ja, welche:

.....  
.....

**09 | frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept),  
Drogensersatzpräparate**

ja  nein  
wenn ja, welche:

.....

**10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?**

ja  nein  
wenn ja, wie viel Stück pro Tag: .....  
wenn ja, seit wie vielen Jahren: .....  
wenn früher ja, Nichtraucher seit  
wie vielen Jahren: .....

**11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

ja  nein  
wenn ja, was und wieviel pro Tag:

.....  
.....

**12 | Nehmen Sie Drogen?**

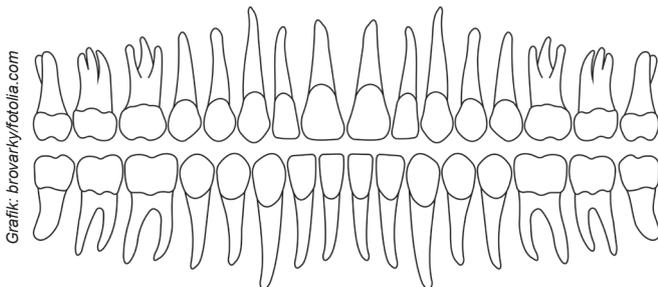
ja  nein  
wenn ja, welche:

.....  
.....

**13 | Hören Sie schlecht?**  ja  nein

**14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?**

wenn ja, welche (ankreuzen):



**15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?**

ja  nein

**16 | Haben Sie eine auffällig langsame Wundheilung?**

ja  nein

**17 | Ist bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten  
jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt  
worden?**

ja  nein

**18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten  
ohne erkennbaren Grund?**

- Nasenbluten
- blaue Flecken ohne Anschlagen
- Blutungen in Gelenken, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutungen nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutungen nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen

**19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandten  
bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?**

ja  nein

Nur von Patientinnen zu beantworten:  
**20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke  
Regelblutung:**

- länger als 7 Tage Dauer
- mehr als 7 Tampons/Binden (normale Größe) pro Tag

**21 | Könnten Sie schwanger sein?**

ja  nein

**22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet  
oder akut erkrankt?**

ja  nein

**23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden  
Infektionskrankheiten, wenn ja, welche:**

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkolose

**24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände  
an oder in sich?**

ja  nein  
Wenn ja, welche:

- Stent
  - Herzschrittmacher
  - Kardioverter-Defibrillator
  - Piercing
- andere:

.....

**Leiden oder litten Sie an einer der folgende Krankheiten:**

- |  |                          |                            |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| <b>25   Bluthochdruck</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>40   Magen-Darm-Erkrankung</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>26   Zuckerkrankheit</b><br>wenn ja, spritzen Sie Insulin                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>41   Infektionskrankheit</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>27   Herzinfarkt</b><br>wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen:                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>42   Schilddrüsenerkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt:                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>43   Erkrankung der Blutgefäße</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>28   Brustschmerzen in Ruhe</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>44   Erkrankung des Nervensystems</b>                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>29   Brustschmerzen nur bei Anstrengung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>45   Demenz</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>30   Herzschwäche</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>46   Schlaganfall bzw. TIA</b><br>wenn ja, innerhalb der letzten 6 Wochen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>31   Wasser in Lungen oder Beinen</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>47   Gemütsleiden bzw. psychische Erkrankung</b>                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>32   Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern)</b>                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>48   Muskelerkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>33   Herzklappenfehler</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>49   Erkrankung des Bewegungsapparates</b>                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>34   Lungenerkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>50   Grüner Star</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>35   Asthma bronchiale</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>51   andere, oben nicht angeführte Erkrankungen:</b>                      |                          |                            |
| <b>36   Bronchitis bzw. COPD</b><br>wenn ja, benötigen Sie nachts ein Sauerstoffgerät? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | .....  |                          |                            |
| <b>37   Schlafapnoe</b><br>wenn ja, haben Sie nachts eine CPAP-Maske?                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | .....  |                          |                            |
| <b>38   Nierenerkrankung</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>52   Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?</b>                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>39   Lebererkrankung</b>  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <b>53   Haben Sie eine Patienten-:Patientinnen-verfügung?</b>                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |



Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit der Anästhesistin/dem Anästhesisten lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch und sehen Sie sich die Anästhesieaufklärungsfilme an:

<https://www.oegari.at/patientenforum.php#film>

Wenn Sie auf die Risikoaufklärung verzichten möchten, teilen Sie das bitte Ihrem/Ihrer Anästhesearzt/-ärztin mit. Film oder Aufklärungsbogen sind kein Ersatz für Ihr individuelles Gespräch mit dem:der Anästhesisten:Anästhesistin.