



## Anamnesebogen – Erwachsene

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin · Chefarzt Dr. Matthias Boschin



Alter (Jahre):

Größe (cm):

Gewicht (kg):

weiblich ☐

männlich ☐

Geplante operative Maßnahme:

Patienten-Aufkleber

Dieser Fragebogen ist nur in Verbindung mit der „Patienteninformation zur Anästhesie“ zu verwenden.

Haben Sie eine Patientenverfügung?

ja ☐ nein ☐

Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Monate ärztlich behandelt?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, aus welchem Grund?

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Frühere Operationen / Anästhesien?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten bei der Anästhesie oder traten danach Beschwerden auf?

ja ☐ nein ☐

(z.B. Schmerzen, Übelkeit, Hals- oder Kopfschmerzen)

Weitere Beschwerden:

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesie-Zwischenfällen?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Wurde Ihnen schon mal Blut übertragen?

ja ☐ nein ☐

Falls ja, traten dabei Komplikationen auf?

ja ☐ nein ☐

Rauchen Sie regelmäßig?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja ☐ nein ☐

Besteht oder bestand ein Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine, Opiode, Drogen, andere)?

ja ☐ nein ☐

Bekommen Sie Atemnot, wenn Sie mehr als eine Etage Treppe steigen?

ja ☐ nein ☐

Waren oder sind Sie an einem der folgenden Organe erkrankt?

Herz:	Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörungen (Schrittmacher?), Bewusstlosigkeit oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kreislauf:	Bluthochdruck, niedriger Blutdruck oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefäße:	Durchblutungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lunge/Atemwege:	Lungenentzündung, TBC, Lungenemphysem, Lungenembolie, Asthma, chronische Bronchitis, OSAS/Schlafapnoe. (Bringen Sie ein vorhandenes Heimbeatmungsgerät [nCPAP] bitte mit.) oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Speiseröhre/ Magen/Darm:	Sodbrennen, Erbrechen, Geschwür, Darmerkrankungen, Engstellen oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leber/Galle:	Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis, Gallensteine oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nieren/Harnwege:	Steine, Entzündung, Dialyse, erhöhte Nierenwerte oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse:	Über- oder Unterfunktion, Kropf oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Augen:	Linsentrübung, grüner Star, Pupillenveränderungen oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hören Sie schlecht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tragen Sie ein Hörgerät? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat:	Gelenkerkrankung, Rücken-, Bandscheiben-, Schulter-, Armbeschwerden oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Blut:	vermehrte Blutungsneigung (z.B. Nachblutungen bei Zahnbehandlung, Operation oder Verletzung), punktförmige Blutungen, blaue Flecken, Blutarmut (Anämie) oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nerven/Gemüt:	Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmung, Gefühlsstörungen, Depressionen, M. Parkinson, Restless-legs oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Chron. Schmerzen (>3 Monate Dauer)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Erfolgte bereits eine Vorstellung beim Schmerztherapeuten und haben Sie bereits Erfahrung mit Schmerztherapien oder Schmerzmitteln?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien:	Medikamente, Latex, Pflaster, Nahrungsmittel, Kontrastmittel, etc. oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gab es oder gibt es Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihnen oder Blutsverwandten?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zähne:	Tragen Sie Zahnersatz, Kronen oder Brücken? Haben Sie lockere Zähne? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Sonstige bisher nicht aufgeführte Erkrankungen oder Beschwerden:

Anmerkungen zum Zahnstatus:

Oberkiefer rechts											Oberkiefer links										
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
Unterkiefer rechts											Unterkiefer links										