



# Anamnesebogen – Erwachsene

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin · Chefarzt Dr. Matthias Boschin



Patienten-Aufkleber

Alter (Jahre):  
Größe (cm):  
Gewicht (kg):  
weiblich  männlich   
Geplante operative Maßnahme:

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

<b>Haben Sie eine Patientenverfügung?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Monate ärztlich behandelt?</b> Wenn ja, aus welchem Grund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie schwanger oder stillen Sie?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b> Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Frühere Operationen / Anästhesien?</b> Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Gab es Besonderheiten bei der Anästhesie oder traten danach Beschwerden auf?</b> (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Hals- oder Kopfschmerzen) Weitere Beschwerden:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesie-Zwischenfällen?</b> Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Wurde Ihnen schon mal Blut übertragen?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Falls ja, traten dabei Komplikationen auf?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Rauchen Sie regelmäßig?</b> Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Trinken Sie regelmäßig Alkohol?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Besteht oder bestand ein Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine, Opioide, Drogen, andere)?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Bekommen Sie Atemnot, wenn Sie mehr als eine Etage Treppe steigen?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## Waren oder sind Sie an einem der folgenden Organe erkrankt?

<b>Herz:</b>	Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörungen (Schrittmacher?), Bewusstlosigkeit oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Kreislauf:</b>	Bluthochdruck, niedriger Blutdruck oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Gefäße:</b>	Durchblutungsstörungen, Thrombose, Schlaganfall oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Lunge/Atemwege:</b>	Lungenentzündung, TBC, Lungenemphysem, Lungenembolie, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Speiseröhre/ Magen/Darm:</b>	Sodbrennen, Erbrechen, Geschwür, Darmerkrankungen, Engstellen oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Leber/Galle:</b>	Gelbsucht, Fettleber, Hepatitis, Gallensteine oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Nieren/Harnwege:</b>	Steine, Entzündung, Dialyse, erhöhte Nierenwerte oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechsel:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüse:</b>	Über- oder Unterfunktion, Kropf oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Augen:</b>	Linsentrübung, grüner Star, Pupillenveränderungen oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Hören Sie schlecht?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Tragen Sie ein Hörgerät?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Bewegungsapparat:</b>	Gelenkerkrankung, Rücken-, Bandscheiben-, Schulter-, Armbeschwerden oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Blut:</b>	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"/>
<b>Nerven/Gemüt:</b>	Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmung, Gefühlsstörungen, Depressionen, M. Parkinson, Restless-legs oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Chron. Schmerzen (&gt;3 Monate Dauer)</b>	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"/>
<b>Allergien:</b>	Medikamente, Latex, Pflaster, Nahrungsmittel, Kontrastmittel, etc. oder:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Gab es oder gibt es Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihnen oder Blutsverwandten?</b>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Zähne:</b>	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																				