

Anästhesie Fragebogen

Patientenetikette

Liebe Patientin, lieber Patient, Liebe Eltern

Wir freuen uns, dass Sie für den operativen Eingriff das Kantonsspital Graubünden gewählt haben. Zur Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes bzw. des Ihres Kindes bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Wir sind uns bewusst, dass Sie die gleichen Fragen unter Umständen mehrfach beantworten müssen. Dies dient Ihrer Sicherheit.

Bitte teilen Sie uns Ihre aktuelle und gültige Telefonnummer mit.....

	Ja	Nein																																								
Können Sie ohne Pause zwei Stockwerke Treppen hinaufsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente, z.B. Antibiotika (Penicillin, Bactrim, Kefzol), Narkosemittel, Latex, Pflaster, Jod, oder ähnliches? Wenn ja, gegen was?..... Welche Symptome sind dabei aufgetreten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Blutgerinnung <ul style="list-style-type: none"> - Leiden Sie oder blutsverwandte Familienangehörige unter einer erhöhten Blutungsneigung? Wenn ja unter welcher? - Hatten Sie nach einer Zahnentfernung oder nach einer Operation eine verlängerte Nachblutung? - Haben Sie wiederholtes Nasenbluten, welches länger als 10 Minuten dauert? - Für Patientinnen: Leiden Sie unter einer verlängerten "Monatsblutung" (mehr als 7 Tage)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Z.B. Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Aspirin, Plavix, Brilique, Sintrom, Marcoumar, Fragmin, Fraxiparine, Fraxiforte, Clexane, Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls vorhanden, legen Sie bitte eine Medikamentenliste bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Medikament</th> <th style="width: 10%;">mg</th> <th style="width: 10%;">morgens</th> <th style="width: 10%;">mittags</th> <th style="width: 10%;">abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikament	mg	morgens	mittags	abends																																					
Medikament	mg	morgens	mittags	abends																																						
Leiden Sie unter	Ja	Nein																																								
einer Herzerkrankung oder einem Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
einer Angina pectoris, hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Haben Sie einen Stent in den Herzkranzgefässen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ICD (Implantierter Defibrillator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								

Leiden Sie unter:	Ja	Nein														
- Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Chronischer Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Andere Lungenerkrankungen (Lungenfibrose, Tumorerkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Magengeschwür, saurem Aufstossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Gelenkrheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterfunktion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Epilepsie, Migräne, Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Muskelerkrankungen, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Chronischen Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Angst-/Panikzuständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Kam es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Narkose (Maligne Hyperthermie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Nehmen Sie regelmässig Drogen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Haben Sie lockere Zähne? Brücken? Implantate? Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Wurden Sie bereits einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Wenn ja, was für eine Operation?</th> <th style="width: 50%;">Wann und wo?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Wenn ja, was für eine Operation?	Wann und wo?														
Wenn ja, was für eine Operation?	Wann und wo?															
Ist bei Ihnen nach einer Narkose Übelkeit oder Erbrechen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ihr Gewicht? Gewicht Ihres Kindes?kg																
Ihre Grösse? Grösse Ihres Kindes?.....cm																

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/In/Eltern

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden:

Sprechstundensekretariat Anästhesie 09:00 – 16:30 Uhr, Tel. 081 256 76 30 oder

Dienstarzt Anästhesie 081 256 65 08