

HNO-Praxisklinik Poing

Anamnesebogen zur Anästhesie für Erwachsene

Anästhesieabteilung
Dr. med. Gabriele Zapf



Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Der bei Ihnen geplante Eingriff soll in Schmerzausschaltung (*Anästhesie*) durchgeführt werden.

Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit und für die Durchführung der Anästhesie benötigt der Narkosearzt Ihre Krankenvorgeschichte (*Anamnese*). Er erhebt diese Anamnese zusammen mit Ihnen und untersucht Sie, um die Anästhesie planen und etwaigen Komplikationen vorbeugen zu können. Er bespricht dann mit Ihnen das vorgesehene Anästhesieverfahren, seine Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden und seine Komplikationen. Lesen Sie dazu auch die allgemeinen Narkoseinformationen auf dem gesonderten Informationsblatt.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft, es dient Ihrer Sicherheit! Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen haben, wenden Sie sich an das Pflegepersonal und den Anästhesisten.

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? nein ja
Wegen welcher Erkrankungen?
Sind Sie zur Zeit erkältet? nein ja
Leiden Sie an einer anderen Infektion? nein ja

2. Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja
Welche? Bitte geben Sie auch Schmerz- (z.B. Aspirin), Schlaf-,
Beruhigungs-, Abführmittel, gerinnungshemmende Mittel,
"Antibabypille" und auch Naturheilmittel an.

3. Frühere Operationen nein ja
(z.B. "Blinddarm 1988")

a) _____ im Jahre _____

b) _____ im Jahre _____

c) _____ im Jahre _____

4. Haben Sie die Narkose oder örtliche Betäubung dazu gut vertragen? Wenn nicht, welche Beschwerden?	nein	ja
<hr/>		
Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen in Zusammenhang mit einer Anästhesie?	nein	ja
5. Wurden Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile übertragen? Gab es dabei Komplikationen?	nein nein	ja ja
6. Könnten Sie schwanger sein?	nein	ja
7. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, daß Sie an einem der folgenden Organe erkrankt sind oder waren? (Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen)		
Herz: Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung andere: _____	nein	ja
Kreislauf: Hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen andere: _____	nein	ja
Gefäße: Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Krampfadern, andere: _____	nein	ja
Atemwege: Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale andere: _____	nein	ja
Lunge: Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung andere: _____	nein	ja
Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber andere: _____	nein	ja
Nieren: Nierenentzündung, Nierensteine, erhöhte Nierenwerte, Dialyse andere: _____	nein	ja
Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Entzündung, häufiges Sodbrennen andere: _____	nein	ja
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht andere: _____	nein	ja
Schilddrüse: Kropf, Über-, Unterfunktion andere: _____	nein	ja
Skelett: Gelenkserkrankungen, Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom andere: _____	nein	ja
Augen: Grüner / grauer Star andere: _____	nein	ja
Nerven: Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen andere: _____	nein	ja
Gemüt: Depressionen andere: _____	nein	ja
Muskeln: Muskelschwäche andere: _____	nein	ja
Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten?	nein	ja

- Allergien** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Jod Latex, Insektenstiche
andere: _____
- | | | |
|--|--------|------------|
| 8. Hören Sie schlecht? | nein | ja |
| Tragen Sie ein Hörgerät? | nein | ja |
| 9. Haben Sie lockere Zähne? | nein | ja |
| Tragen Sie Zahnersatz? | nein | ja |
| 10. Rauchen Sie, bzw. haben Sie früher geraucht? | nein | ja |
| Wenn ja, wieviel täglich? _____ | | |
| 11. Nehmen Sie Drogen? | nein | ja |
| 12. Trinken Sie Alkohol? | nein | ja |
| regelmäßig geringe Mengen | selten | regelmäßig |
| größere Mengen | nein | ja |
| Wenn ja, was und wieviel täglich? _____ | | |
| 13. Sonstige Erkrankungen: | | |
| _____ | | |

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn der Eingriff ambulant durchgeführt werden soll

Wer kümmert sich in den ersten 24 Stunden Zuhause um Sie?

1. Name, Alter _____
- | | | |
|--|------|----|
| 2. Ist diese Person ständig anwesend? | nein | ja |
| 3. Haben Sie Telefon? _____ | nein | ja |
| 4. Wohnen Sie in Poing oder im näheren Umkreis von Poing? | nein | ja |
| 5. Steht Ihnen Zuhause ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? | nein | ja |

6. Hausarzt / überweisender Arzt

Name: _____

Straße/PLZ/Ort/ _____

Anamnesebogen

Blutungsneigung*

- | | | |
|--|----------------------|----------------|
| 1. Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt? | nein | ja |
| 2. Treten oder traten bei Ihnen vermehrt – ohne sich anzustoßen – “blaue Flecken” oder kleine punktförmige Blutungen auf? | nein | ja |
| 3. Wenn Sie diese Fragen mit “Ja” beantwortet haben, geben Sie bitte an, ob diese Symptome auch am Körperrumpf oder anderen, für Sie ungewöhnlichen Stellen aufgetreten sind. | nein | ja |
| 4. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund festgestellt? | nein | ja |
| 5. Treten Blutungen oder “blaue Flecken”
mehr als 1 bis 2 mal pro Woche
oder 1 bis 2 mal pro Woche
oder 1 bis 2 mal pro Monat auf? | nein
nein
nein | ja
ja
ja |
| 6. Haben Sie den Eindruck, daß es bei Schnitt- oder Schürfwunden (z.B. beim Rasieren) länger nachblutet? | nein | ja |
| 7. Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Blutungen nach oder während Operationen (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten) auf? | nein | ja |
| 8. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen auf? | nein | ja |
| 9. Gab oder gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigungen? | nein | ja |
| 10. Nehmen Sie irgendwelche Schmerz- oder Rheumamittel ein?
Wenn ja, bitte den Namen des Medikamenten-Wirkstoffes eintragen: | nein | ja |
| 11. Folgende Fragen sind nur von Frauen und Mädchen zu beantworten:
Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind? | nein | ja |

* modifiziert nach H. Kiese Wetter und J. Koscielny, Universitätsklinikum Charité Berlin

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Das Merkblatt **Narkoseinformationen** habe ich gelesen und verstanden

Ort, Datum

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Sorgeberechtigter