



Anamnesebogen zur Anästhesie

Anästhesiepraxis Ronald Thoms
Bitte füllen Sie den Fragebogen sehr gewissenhaft aus; er dient als Grundlage für das Narkose-Gespräch !

Alter: _____ männl. weibl.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Zutreffendes bitte ankreuzen, N = Nein
unterstreichen bzw. ergänzen: J = Ja

1. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit?
Weswegen? _____

Besteht eine Erkältung ?

Durchfall / Erbrechen i. d. letzten 4 Wochen?

Liegt eine andere Infektion vor?

2. Nehmen Sie Medikamente ein?
Welche? _____

3. Frühere Anästhesien / Vollnarkosen?
Zu welchen Ops? _____
wann? _____

4. Beschwerden bei früherer Anästhesie?
Welche (z.B. Übelkeit)? _____

Narkose-Besonderheiten bei Blutsverwandten?

5. Wurden schon einmal Blut- oder Blutbestand-
teile (Transfusion) übertragen?
Wenn ja, wann? _____

Gab es Komplikationen?

6. Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

7. Wissen Sie von, oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere
Erkrankungen an einem der folgenden Organsysteme **bei Ihnen** ?

Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler,
Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher
oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen
oder: _____

Gefäße: Krampfader, Thrombosen, Durchblutungs-
störung
oder: _____

Atemwege / Lunge: chronische Bronchitis, Asthma,
Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung (Emphysem)
oder: _____

Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung (Cirrhose),
Fettleber, Gallensteine, Entzündung (Hepatitis)
oder: _____

Nieren: erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, Steine
Nierenentzündungen
oder: _____

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle,
Sodbrennen, Reflux
oder: _____

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht
oder: _____

Schilddrüse: Kropf, Über- oder Unterfunktion
oder: _____

Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, Band-
scheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom
oder: _____

Nerven / Gemüt: Krampfleiden (Epilepsie),
Lähmungen, Depressionen
oder: _____

Augen: Grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen
oder: _____

Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten,
Blaue Flecken auch ohne Verletzung / bei nur leichter Berührung
oder: _____

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen
oder: _____

Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten?

Allergie / Überempfindlichkeiten:
Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente,
Jod, Pflaster, Latex, Metall
oder: _____

Immunschwäche: HIV / AIDS, MRSA
oder: _____

andere Erkrankungen:

8. Schwerhörigkeit?
Hörgerät?

9. Lockere Zähne, Karies?
Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone)?

Zahnstatus O = fehlt 4 3 2 1 1 2 3 4
(wird vom X = locker
Arzt ausgefüllt) -- = Prothese 4 3 2 1 1 2 3 4

10. Rauchen Sie ?
was, wieviel täglich? _____

11. Alkoholkonsum?
 nie selten regelmäßig
 geringe Mengen größere Mengen
 Bier Wein Hochprozentiges

12. Schlaf- oder Beruhigungsmittel?
Welche? _____

13. Drogen?
Welche? _____

14. Besonderheiten: _____

Die Durchschrift dieses Fragebogens habe ich zusammen mit den
Informationen zur Narkose erhalten

Datum Patient/Sorgeberechtigter/Betreuer Arzt / zugleich Beglaubigung