

Notiz: Protokoll zur Unterschrift mitgegeben
 Prämedikation ohne path. Befund



Praxisklinik am Rathausplatz

Gemeinschaftspraxis für Ambulante Anästhesie

Rathausplatz 23 - 58507 Lüdenscheid
 Tel. (02351) 39994 - Fax (02351) 39995
 e-Mail : PraxisklinikLued@aol.com

Öffnungszeiten: Mo.-Do. 8.00-13.00 u. 14.00-16.00 Uhr, Fr. 8.00-12.00 Uhr
 Narkoseaufklärung und Schmerzsprechstunde nur nach telefon. Vereinbarung

Anamnesebogen für Erwachsene (ab dem 13. Lebensjahr)

Name des Patienten :		Geburtsdatum :		Termin zur Narkoseaufklärung am :	
				Uhr	
Geplanter Eingriff :				Operation bei Dr.	
Erreichbarkeit vor der OP (Telefon privat, beruflich oder Handy) :		Wer begleitet Sie nach der Operation bis zum nächsten Morgen ?		Hausarzt :	

Fragebogen bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen !

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der bei Ihnen geplante Eingriff soll in Narkose (Anästhesie) erfolgen. Ein Narkosearzt unserer Praxisklinik bereitet Sie anhand Ihrer Angaben auf diesem Bogen sowie einem persönlichen Gespräch vor und klärt mögliche Fragen vor der Narkose. Dieser Kontakt vor der Operation sichert den problemlosen Verlauf der Narkose und informiert Sie über den organisatorischen Ablauf. Sollte im Ausnahmefall ein Vorgespräch nicht möglich sein, so suchen Sie bitte Ihren Hausarzt auf, um vorab Ihren Gesundheitszustand abklären zu lassen; dies hilft Nebenwirkungen und Komplikationen vorzubeugen. Bitte beachten Sie auch das **gelbe Merkblatt Anästhesie**, das Sie zusammen mit diesem Bogen erhalten haben.

Die folgenden Fragen dienen Ihrer Sicherheit; bitte beantworten Sie daher alle Fragen gewissenhaft.

Suchen Sie bei **Sprachschwierigkeiten** bitte einen Übersetzer auf und bitten Sie ihn mit zum Gespräch.

BMI : kg / m²

männlich weiblich Alter :

Größe : cm Gewicht : kg

Ausgeübter Beruf :

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggf. ergänzen !

Aktuelle ärztliche Behandlung	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten Wochen oder sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Weswegen ?		
Besteht bei Ihnen (als Frau) die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?		
Infekte / Erkältungskrankheiten	JA	NEIN
Besteht derzeit eine Erkältung oder ein Infekt des Magen-Darm-Traktes (Durchfall, Erbrechen)?		
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Fieber oder eine schwere Erschöpfung ?		
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit oder an einer ansteckenden Erkrankung ? (z.B. Hepatitis, HIV)		
Leiden Sie unter häufigem Erbrechen, Durchfällen oder ausgeprägter Verstopfung ?		
Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt ? Ermüden Sie leicht ?		
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft ?		

Medikamente	JA	NEIN
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen ? Welche ?		
1.		
2.		
3.		
4.		
Haben Sie in den letzten 6 Monaten oder nehmen Sie zur Zeit gerinnungshemmende Medikamente ?		
Operationen	JA	NEIN
Sind Sie schon einmal in Narkose operiert worden?		
Art des Eingriffs	Monat	Jahr
1.		
2.		
3.		
4.		
Traten nach einer Narkose oder einer örtlichen Betäubung Probleme auf ? Welche ?		
Traten bei Blutsverwandten/in der Familie Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Narkose oder einer örtlichen Betäubung (Lokalanästhesie) auf ?		
Wurde Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile übertragen (Transfusion) ?		

Platz für weitere Medikamente / Operationen oder Ergänzungen :

Anamnesebogen der Praxisklinik am Rathausplatz 23 - Gemeinschaftspraxis für Ambulante Anästhesie - Lüdenscheid

Herz-Kreislauf	JA	NEIN
Sind Sie bei normalen Anstrengungen des Alltags gut belastbar ?		
Ist ein Herzfehler / Herzklappenfehler oder eine Herzmuskelerkrankung (Myocarditis) bekannt ?		
Sind bei Ihnen schon einmal Herzrhythmusstörungen (Herzrasen, Stolpern, Herzunruhe) aufgetreten ?		
Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Herzschmerzen (Angina pectoris) ? Wann zuletzt ?		
Leiden Sie unter zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck ? (z.B. Kreislaufkollaps nach Aufstehen od. Belastung)		
Haben Sie Atemnot bei Belastung, z.B. beim Treppensteigen, oder werden die Finger/Lippen blau ?		
Gefäße	JA	NEIN
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen oder haben Sie beim Gehen Schmerzen in den Beinen ?		
Hatten Sie einen Schlaganfall oder zeitweise eine Lähmung oder Gefühlsstörung ? Wann ?		
Hatten Sie bereits eine Thrombose oder eine Lungenembolie ? Wann :		
Lunge-Atemwege	JA	NEIN
Haben Sie zur Zeit Husten oder Halsschmerzen ? zuletzt : _____		
Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege? wie z.B. Hustenreiz Asthma bronchiale Chronische Bronchitis / COPD Lungenblähung (Emphysem) / Bronchiektasen Lungenentzündung / Tuberkulose / Lungenfibrose		
Nerven / Muskulatur	JA	NEIN
Haben Sie eine bekannte Epilepsie oder ein Krampfleiden ?		
Leiden Sie unter einer anderen neurologischen Erkrankung ? (z.B. Parkinson, Depression, Psychose)		
Ist bei Ihnen oder in der Familie eine Muskelerkrankung bekannt ? (Muskelschwäche, -dystrophie, Myasthenie)		
Ist bei Ihnen eine Augenerkrankung bekannt ? z.B. Schielen, Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck) o.ä.		
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen (Bitte zur Narkose herausnehmen!) ?		
Stoffwechsel / Unverträglichkeiten	JA	NEIN
Leiden Sie an Diabetes ? – Ist diese Zuckerkrankheit mit Medikamenten (z.B. Metformin) eingestellt ?		
Spritzen Sie Insulin ? Präparat : _____ Dosierung : _____		
Haben Sie eine Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse oder einen Kropf ?		
Ist bei Ihnen eine seltene Stoffwechselerkrankung bekannt ? z.B. Porphyrie, Mukoviszidose, Autoimmunerkrankung		
Magen / Darm	JA	NEIN
Ist bei Ihnen ein Geschwür oder eine Verengung im Magen-Darmkanal bekannt ?		
Haben Sie häufig saures Aufstoßen, Brennen in der Speiseröhre (Reflux), Magenschleimhautentzündung?		

Ergänzungen / Fragen für das Aufklärungsgespräch :

Blutgerinnung	JA	NEIN
Leiden Sie an einer bekannten Störung der Gerinnbarkeit des Blutes ? (Bitte Labor / Befunde des Arztes mitbringen !)		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar® oder Clopidrogel (Iscover® / Plavix®) oder Acetylsalicylsäure (z.B. ASS, Aspirin®) ein ?		
Haben Sie häufig Nasenbluten, blaue Flecken oder bluten Verletzungen (auch Regelblutung) lange nach ?		
Leber	JA	NEIN
Hatten Sie schon einmal eine Gelbsucht oder eine Leberentzündung (Hepatitis A, B, C) ?		
Hatten Sie eine Leberfunktionsstörung oder ist eine Fettleber bei Ihnen bekannt ?		
Niere / Harnwege	JA	NEIN
Leiden Sie unter einer schweren Nierenfunktionsstörung oder müssen Sie dialysiert werden?		
Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihnen die Blutwerte von Harnstoff, Harnsäure oder Kreatinin erhöht sind ?		
Allergien / Unverträglichkeiten	JA	NEIN
Ist bei Ihnen eine Allergie oder eine Unverträglichkeit aufgefallen gegen ...		
Medikamente (z.B. Antibiotika, örtl. Betäubung)		
Nahrungsmittel (z.B. Kiwi, Äpfel, Süßfrüchte, Himbeeren, Nüsse, Soja)		
Jod (z.B. Desinfektions- oder Kontrastmittel)		
Latex (z.B. Luftballon, Radiergummi)		
Pollen (z.B. Heuschnupfen) / Tierhaare		
Sonstige Allergien :		
Zahnstatus	JA	NEIN
Haben Sie lockere Zähne oder tragen Sie Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Implantate etc)		
Zahnstatus	-- Prothese / Brücke	
O locker x fehlt	K überkront S sanliert	<input type="checkbox"/> Alle Zähne fest und o.B.
Gewohnheiten (werden selbstverständlich vertraulich behandelt !)	JA	NEIN
Trinken Sie Alkohol ? (Bitte ankreuzen)		
<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> regelmäßig (täglich)		
<input type="radio"/> geringe Mengen <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> größere Mengen		
<input type="radio"/> Bier <input type="radio"/> Wein <input type="radio"/> hochprozentige Getränke		
Rauchen Sie ? (Nikotin / Cannabis u.a.)		
Zigaretten : _____ Stück pro Tag		
Nehmen Sie Schlaf- / Beruhigungsmittel oder Drogen ?		
Welche ?		
Sind sonstige Erkrankungen oder Behinderungen bei Ihnen bekannt oder haben Sie eine Schluckstörung ?		
Welche ?		
Sind bei Ihnen Veränderungen an der Wirbelsäule bzw. am sonstigen Skelett aufgetreten ? (z.B. Deformationen, Bewegungseinschränkungen)		

Nach der Narkose ...	JA	NEIN
Nach der Narkose werde ich bis zum nächsten Morgen (mind. aber 12 Std.) ständig betreut !		
Nach der Narkose steht mir 24 Stunden lang ein Auto mit Fahrer zur Verfügung !		
Nach der Narkose bin ich unter der Telefon - Nr. _____ erreichbar !		

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, alle Angaben in Ruhe zu beantworten. – Bitte beachten Sie zur Narkose unbedingt die notwendigen **Nüchternzeiten (mind. 6 Std. s. Merkblatt Anästhesie)** vor dem Eingriff und die Anwesenheit einer **Begleitperson** bis zum Morgen nach der Narkose ! Sollten Sie den OP-/Narkosetermin versäumen oder zum Termin nicht ausreichend nüchtern sein, müssen wir Ihnen die Ausfallkosten privat in Rechnung stellen. **Die auf diesem Bogen gemachten Angaben habe ich nach bestem Wissen und vollständig gemacht und den Inhalt verstanden.**