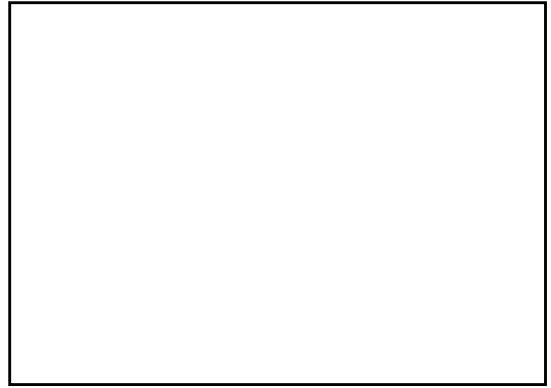


Präoperative Anamnese beim Erwachsenen



Liebe Patientin, lieber Patient,
bei Ihnen ist eine Operation geplant. Viele Komplikationen lassen sich vermeiden, wenn die einzelnen Gefahrenquellen und Risikofaktoren (z.B. Zuckerkrankheit, Blutgerinnungsstörung) rechtzeitig bekannt sind. Mit der Beantwortung der Fragen zu Ihrer Vorgeschichte helfen Sie uns, die Gesundheitsstörungen zu ermitteln, die Operationsfähigkeit und die Narkosefähigkeit zu beurteilen und somit die Operation und den Heilungsverlauf entsprechend vorzubereiten. Falls Sie aufgrund einer Erkrankung einen Paß besitzen, legen Sie ihn bitte vor. (z.B. Allergie-, Marcumar-, Diabetes- oder Herzausweis, Patientenverfügung etc.)

Körperlicher Zustand, Lebensgewohnheiten

Alter

Körpergröße cm

Körpergewicht kg

Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?

Körperliche Belastbarkeit:

Mögliche Gehstrecke Meter.

Wieviele Etagen können Sie steigen?

Treiben Sie regelmäßig Sport/
Fitness? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

Nehmen Sie oder haben Sie
Drogen genommen? nein ja

Nehmen Sie blutverdünnende
Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig andere
Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche?

Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne,
Kronen, Zahnbrücken, heraus-
nehmbare Prothesen) bzw. eine
Zahnspange? nein ja

Haben Sie lockere Zähne? nein ja

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)?

| | rechts | | | | | | | links | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| O locker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| X fehlend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden!

29567



Ambulanz

Leiden Sie zur Zeit an einer Infektion? nein ja

Frühere Operationen

Wurden Sie früher bereits operiert? nein ja

Hat eine Narkose, Regionalanästhesie oder örtliche Betäubung bei Ihnen oder Blutsverwandten schon mal Probleme verursacht? nein ja

Neigen Sie zu Übelkeit/Erbrechen? nein ja

Erhielten Sie schon mal eine Transfusion von Blutprodukten? nein ja

Wenn ja, traten dabei Komplikationen auf? nein ja

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen)

Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion? nein ja

Wenn ja, auf was? Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Nahrungsmittel (spez. Soja) Pflaster
- Hausstaub Narkose-/Betäubungsmittel
- Latex lokale Betäubungsmittel
- Röntgenkontrastmittel Medikamente
- Jod

Sonstige:

Herz- und Kreislauferkrankungen? wenn ja: nein ja

- Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung? nein ja
- Herzmuskelentzündung? nein ja
- Herzrhythmusstörungen? nein ja
- Herzfehler, Herzklappenfehler? nein ja
- Brustkorbschmerz ohne/bei Belastung? nein ja
- Atemnot bei Belastung/in Ruhe? nein ja

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? nein ja

- zu hoher/zu niedriger Blutdruck? nein ja

Atemwegserkrankungen? wenn ja: nein ja

- Asthma? nein ja
- Chronische Bronchitis/Lungenemphysem? nein ja
- Tuberkulose? nein ja
- Lungenentzündung? nein ja
- Stimmband-/Zwerchfelllähmung? nein ja
- Schlafapnoe? nein ja

Blut- und Blutgefäßerkrankungen? wenn ja: nein ja

- Blutarmut? nein ja
- Venenentzündung/Krampfader? nein ja
- Thrombose (Blutgerinnsel in den Venen)/Embolie (Schlagaderverschluß durch verschleppte Blutgerinnsel)? nein ja
- Durchblutungsstörungen/Schau-fensterkrankheit? nein ja
- Schlaganfall? nein ja
- erhöhte Blutungsneigung - auch bei Blutsverwandten - häufiges Nasenbluten- oder Zahnfleischbluten, Nachblutungen nach Verletzungen oder Operationen? nein ja

Nervenerkrankung? wenn ja: nein ja

- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? nein ja
- Polyneuropathie? nein ja
- Restless Legs? nein ja



- Morbus Parkinson? nein ja
- Lähmung? nein ja
- Angsterkrankung? nein ja
- Depression? nein ja
- Psychose? nein ja
- Häufige Kopfschmerzen/Migräne? nein ja
- Multiple Sklerose? nein ja

- Muskelerkrankungen - auch bei Blutverwandten (Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Neigung zur malignen Hyperthermie)?** nein ja

- Erkrankungen des Bewegungsapparates "über das normale Maß" hinaus? wenn ja:** nein ja

- Wirbelsäulenbeschwerden (HWS, BWS, LWS, Bandscheibenvorfall, Osteoporose)? nein ja
- Gelenkerkrankungen (z.B. Arthritis, Arthrose, künstliche Gelenke, Schulter-Arm-Syndrom)? nein ja

- Nieren- und Harnwegserkrankungen? wenn ja:** nein ja

- erhöhter Kreatininwert/Dialysepflicht? nein ja
- **Männer:** Prostatavergrößerung? nein ja

- Stoffwechselerkrankungen?** nein ja

- Schilddrüsenerkrankungen (Überfunktion, Unterfunktion, Hashimoto, Kropf)? nein ja
- Diabetes mellitus? nein ja

- Gicht? nein ja
- Fettstoffwechselstörungen? nein ja

- Erkrankungen des Verdauungstraktes? wenn ja:** nein ja

- Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose, Verfettung)? nein ja
- Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)? nein ja
- Magenerkrankung (z.B. Gastritis, Geschwür, Sodbrennen)? nein ja
- Verdauungsstörungen? nein ja

- Erkrankungen des Immunsystems (Abwehrschwäche, Autoimmunerkrankungen, HIV)?** nein ja

- Augenleiden (z.B. grauer oder grüner Star)?** nein ja

- Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

- Stillen Sie zur Zeit? nein ja

- Sonstige nicht aufgeführte schwere Krankheiten oder Verletzungen, Tumorleiden?** nein ja

Wenn ja, welche?

Welcher Hausarzt betreut Sie?

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Bitte wenden!

29567



Ambulanz

MRSA - multiresistente Keime

Wir möchten verhindern, daß Sie oder andere Patienten sich mit einem multiresistenten Keim infizieren. Auch gesunde Menschen können unwissentlich mit so einem Keim besiedelt sein, ohne daß dadurch Probleme auftreten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir entscheiden können, ob eine Untersuchung notwendig ist:

MRSA-Screening:

Waren Sie schon mal mit einem multiresistenten Keim (MRSA oder andere) besiedelt/infiziert? nein ja

Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt (Pfleheim) von mehr als 3 Tagen in den letzten 12 Monaten? nein ja

Sind Sie dialysepflichtig? nein ja

Leiden Sie an chronischen Wunden, Hautulcus, tiefen Weichteilinfektionen? nein ja

Sind Sie in einem Tiermastbetrieb beschäftigt? nein ja

Sind Sie chronisch pflegebedürftig (stationär)? Wenn ja: nein ja

Erhielten Sie Antibiotika in den letzten 12 Monaten? nein ja

Tragen Sie einen Katheter (Harnwegskatheter, PEG-Sonde, Tracheostoma)? nein ja

4-MRGN-Screening:

Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 3 Tagen in den letzten 12 Monaten? nein ja

Vom Arzt auszufüllen:

MRSA-Screening erforderlich? nein ja

4-MRGN-Screening erforderlich? nein ja

Abstrich erfolgt _____
Unterschrift des Anästhesisten

Erklärung der Patientin/des Patienten/des Sorgeberechtigten

Diesen Fragebogen habe ich vollständig gelesen und sorgfältig beantwortet.

Ich wünsche noch Information zu folgenden Punkten:

Datum und Unterschriften

Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten/des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Operateurs

