

## Patientenfragebogen für Anästhesiegespräch - Einwilligung

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Gewicht: ..... Grösse: .....

Operation: ..... geplantes OP-Datum: .....

Mit der Beantwortung folgender Fragen helfen Sie uns, allfällige Risiken einer Anästhesie und Operation besser beurteilen zu können.

**Von Patientin / Patient auszufüllen:**

Ja Nein

- Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein
- Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?  Ja  Nein
- Haben Sie Atemnot beim Treppensteigen von 2 Stockwerken?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Blutungsproblemen: entstehen blaue Flecken ohne besonderen Anlass, Nasenbluten, Thrombose, Embolie?  Ja  Nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Marcumar, Aspirin usw.)  Ja  Nein

**Leiden Sie unter:**

- Hohem Blutdruck, niedrigem Blutdruck, Schwindel, Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein
- Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler)?  Ja  Nein
- Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern, unregelmässigen Puls, Herzrasen)?  Ja  Nein
- Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, Luftnot)?  Ja  Nein
- Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen?  Ja  Nein
- Allergien (Heuschnupfen, Pflaster, Latex, Jod, Gummi, Nahrungsmittel)?  Ja  Nein
- Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Gicht, usw.)?  Ja  Nein
- Schilddrüseerkrankungen?  Ja  Nein
- Nierenerkrankungen? Lebererkrankungen?  Ja  Nein
- Epilepsie, Lähmungen, Schlaganfall, Migräne, Depressionen?  Ja  Nein
- Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, Maligner Hypertermie? (Verwandte?)  Ja  Nein
- Rücken-/Bandscheibenschmerzen, Gelenkerkrankungen?  Ja  Nein
- Augenerkrankungen (Glaukom, Grauer Star)  Ja  Nein

**Haben Sie gelegentlich oder regelmässig:**

- Husten, Auswurf?  Ja  Nein
- Bruststechen (in Ruhe, bei Anstrengung)?  Ja  Nein
- Geschwollene Unterschenkel oder Knöchel?  Ja  Nein
- Nächtliches Wasserlassen?  Ja  Nein
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, was? Wann? \_\_\_\_\_
- Hat es bei Ihnen oder bei einem Familienmitglied während oder nach der Narkose einen Zwischenfall gegeben?  Ja  Nein  
Wenn ja, woran und wann? \_\_\_\_\_
- Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen?  Ja  Nein
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Haben Sie lockere Zähne?  Ja  Nein
- Rauchen Sie regelmässig?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_
- Trinken Sie regelmässig Alkohol?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmässig Drogen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? Wie viel? \_\_\_\_\_
- Lehnen Sie Massnahmen zur Herz- Lungenwiederbelebung ab?  Ja  Nein

**Notieren Sie bitte hier Ihre Fragen:**

---

---

---

---

**Zusätzliche Notizen der Anästhesieärztin / des Anästhesiearztes zum Aufklärungsgespräch**

(Individuelle Risiko erhöhende Umstände, Indikationen für geplantes Anästhesieverfahren, Ablauf der Anästhesie, postoperative Phase inklusiv eventueller Nachbeatmung/Verlegung auf Intensivstation, Blutübertragung).

---

---

---

---

Ich wurde von der Anästhesieärztin / dem Anästhesiearzt genügend über die Anästhesieverfahren (Möglichkeiten, Vorgehen, Risiken und Komplikationen) aufgeklärt. Ich habe die Aufklärungen verstanden, die Verhaltensrichtlinien zur Kenntnis genommen und konnte alle Fragen stellen, die mich interessierten. Ich bin mit dem besprochenen Vorgehen einverstanden, ebenso mit eventuellen Änderungen, die sich für meine optimale Betreuung als notwendig erweisen.

**Datum**

**Patientin / Patient**

**Ärztin / Arzt**

.....

.....

.....

**Bitte bringen Sie dieses Formular **ausgefüllt** zum Anästhesiegespräch mit.  
Besten Dank für Ihre Mitarbeit.**