

"Das Anästhesie-Team möchte von Ihnen folgende Fragen vor einer Operation mit Narkose beantwortet haben:"

1. Für **welche Operation** sind Sie vorgesehen? _____
2. An welchem **Datum** soll der Eingriff vorgenommen werden? _____
3. Wurden Sie schon einmal in der **Privatlinik Obach operiert**? **Ja** **Nein**
4. Hatten Sie jemals eine **VOLL-NARKOSE**? **Nein**
 Wenn ja, für welche Operationen? _____
 Mussten Sie danach erbrechen? **Nein**
 Wenn ja:
 Wie heftig? wenig, einmal mittel stark sehr stark mehrere Tage
5. Hatten Sie jemals eine **TEIL-NARKOSE** (z.B. in den Arm/Rücken)? **Nein**
 Wenn ja, für welche Operationen? _____
 Mussten Sie danach erbrechen? **Nein**
 Wenn ja:
 Wie heftig? wenig, einmal mittel stark sehr stark mehrere Tage
6. Hatten Sie jemals eine **"BETÄUBUNGSSPRITZE" beim Zahnarzt**? **Ja** **Nein**
7. Hatten Sie jemals in der Verwandtschaft einen **NARKOSEZWISCHENFALL**? **Nein**
 (Abbruch einer Operation/Reanimation/Folgeschäden)
 Wenn ja, was war passiert? _____
8. Wenn Sie sich verletzen, z.B. an einem Finger, **blutet** es dann **besonders stark**? **Nein**
 Wenn ja, hatten Sie schon Blutungsprobleme beim Zahnarzt (Zahnziehen)? **Ja** **Nein**
9. Hatten Sie **in den letzten 5 Tagen Schmerzmittel** eingenommen? **Nein**
 Wenn ja, welche? _____
10. Treiben Sie heute regelmässig **aktiv Sport**? **Ja** **Nein**
11. **Rauchen** Sie? **Nein**
 Wenn ja, wieviel pro Tag? _____
 Haben Sie am Morgen Auswurf (chron. Bronchitis)? **Ja** **Nein**
12. Trinken Sie **Alkohol** (Wein, Bier, etc.)? **Nein**
 Wenn ja: gelegentlich (Fest) 1-2x/Woche 3-4x/Woche täglich
13. Hatten Sie jemals - **"Gelbsucht"** (Hepatitis)? **Ja** **Nein**
 - **Herz-Kreislaufkrankungen** wie hoher/niedriger Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzkatheter, Herzoperation oder Herzrhythmusstörungen? **Nein**
 Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** **Nein**
 - Krankheiten der **Atemwege oder Lunge** wie Bronchitis, Asthma oder Tuberkulose? **Nein**
 Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** **Nein**
 - **Leber- Nierenkrankheiten**? **Nein**
 Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** **Nein**

Siehe auch Rückseite!

- Krankheiten des **Zentralnervensystems** wie Epilepsie, Lähmungen oder Depressionen? Nein
Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** Nein
- **Muskelkrankheiten** wie Entzündungen, -Schwächen (vererbt) oder Rheuma? Nein
Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** Nein
- **Stoffwechselstörungen** wie "Chropf" (Struma), Zucker (Diabetes) oder Gicht? Nein
Wenn ja: Leiden Sie heute noch daran? **Ja** Nein
- **Allergien** z.B. gegen Medikamente (wie Antibiotika), Nahrungsmittel, Gummi, Kosmetika, etc.?
Ja Nein

14. **Leiden Sie an einer Krankheit, die oben nicht aufgeführt ist?** Nein
Wenn ja: An welcher? _____

15. Nehmen Sie jetzt **regelmässig Medikamente** ein? **Ja** Nein
Wenn ja: Welche, wieviel und zu welcher Tageszeit?
.....

Nehmen Sie bitte die Medikamente, welche Sie zur Zeit regelmässig einnehmen möglichst in der Originalpackung mit in die Klinik!

16. Frage an Männer: Hatten oder leisten Sie **Militärdienst**? Ja
Wenn nicht, hatte das medizinische Gründe und welche? _____

17. Frage an jüngere Frauen: Sind Sie zur Zeit **schwanger**? **Ja** Nein

18. Wie **gross** sind Sie (Körperlänge)? _____ in cm

19. Wie **schwer** sind Sie? _____ in Kg

Für Fragen Ihrerseits stehen wir Ihnen telefonisch gerne zur Verfügung oder benützen Sie unsere **Anästhesie-Sprechstunde**. Anmeldung über **Tel. 032 626 23 23**.

Für die vollständige und korrekte Beantwortung der Fragen dankt das Anästhesie-Team der Privatklinik Obach Ihnen zum voraus ganz herzlich.

Meine Adresse:

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ: Ort:

Ich bin erreichbar über:

Tel./Handy:

Ort:.....

Datum:.....

Unterschrift: