

Fragen zur Anamnese

Alter: _____ J. **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja / Nein

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Welchen Beruf üben Sie aus? | | |
| 2. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weshalb? | | |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | | |
| 4. Frühere Operationen? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besonderheiten bei der Anästhesie? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie oder einer Ihrer Blutsverwandten an einer Muskelschwäche/krankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Herz erkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kreislauf -/Gefäße (Durchblutungsstörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Thrombose) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lungen - u. Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis, Schlafapnoe, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Leber erkrankungen (Gelbsucht, Fettleber) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nieren erkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Erhöhung der Blutfette) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Schilddrüsenerkrankung (Kropf, Überfunktion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Augen erkrankungen (grüner Star) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nerven leiden (Epilepsie, Lähmungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Gemüts leiden (Depressionen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Skelettsystem erkrankungen/Mundöffnung (Wirbelsäule, Gelenke) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (Blutergüsse, Nasenbluten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Allergien (Heuschnupfen, gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Neigen Sie zu Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerz oder Wetterfühligkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lebensgewohnheiten:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Tragen Sie Zahnersatz (Stiftzähne, Kronen, Brücken, Prothesen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Trinken Sie Alkohol: viel - mittel - wenig – gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Tragen Sie ein Hörgerät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sollten Sie Fragen zur Narkose haben, die nicht erst am Untersuchungstag geklärt werden können, so bin ich telefonisch zu den üblichen Geschäftszeiten unter vorgenannten Telefonnummern zu einem Gespräch zu erreichen.