

# FRAGEBOGEN

Nachname ..... Vorname ..... Personenkennzahl .....

Wohnort ..... Tel. .... Krankenkasse

geplanter Eingriff ..... Körpergewicht ..... Körpergröße.....

Welche Eingriffe haben Sie bereits absolviert und welche Anästhesieform wurde angewendet? (Lokal-, Leitungs-, Allgemeinanästhesie):

Sind bei Ihnen während oder nach der Operation Komplikationen aufgetreten? (welche?):

<b>JA oder NEIN ankreuzen × , bzw. zutreffendes unterstreichen</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
1. Sind Sie wegen irgendwelche Herzstörungen in Behandlung (Atembeschwerden bei Belastung, Schmerzen hinterm Brustbein, Beinschwellungen, Zustand nach Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sind Sie wegen zu hohem Blutdruck in Behandlung (wie lange)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Leiden Sie unter Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hatten Sie eine Lungentuberkulose oder Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sind Sie Diabetiker (Diät, Tabletten, Insulin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Waren Sie jemals wegen einer Nierenerkrankung in Behandlung (Entzündungen, Nierensteine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie Probleme mit der Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Waren Sie jemals wegen einer Lebererkrankung in Behandlung (Gelbsucht, Mononukleose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Leiden Sie unter Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren oder einer Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen (Epilepsie, Myasthenie, Kopfschmerzen, Nervenlähmungen, Zustand nach Gehirnschlag, Boreliose, Bandscheibenoperation, Wirbelsäulenoperation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Leiden Sie unter Krampfadern, Venenentzündungen (Thrombose, Embolie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haben Sie jemals Hormonpräparate wie Prednison, Hydrocortison eingenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sind Sie wegen grünem Star in Behandlung (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Leiden Sie unter Allergien – unter welchen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hatten Sie jemals eine längere Blutung (Nasenblutung, Blutung nach einer Zahnextraktion oder nach Verletzung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Waren Sie jemals in Krebsbehandlung, wurden Sie bestrahlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sind bei einem Ihrer Blutsverwandten Komplikationen während einer Anästhesie aufgetreten (zum Beispiel ungeklärter Todesfall nach einer Operation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Haben Sie nach Kaffeegenuss Starrheitsgefühl um den Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Haben Sie lockere Zähne oder eine herausnehmbare Zahnprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Rauchen Sie, trinken Sie in größeren Mengen Alkohol oder leiden unter anderen Abhängigkeiten (Schlafmittel-, Drogensucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Haben Sie irgendwelche weitere, ggf. nicht behandelte Beschwerden, die hier nicht aufgeführt sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Sind Sie schwanger
24. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein: .....

Hiermit erkläre ich meine Einverständnis mit der Eingriffsdurchführung unter – Lokalanästhesie – Leitungsanästhesie – Allgemeinanästhesie – als Ambulanzpatient. Ich habe das Informationsblatt gelesen, seinen Inhalt verstanden und bin in der Lage und bereit die darin enthaltenen Empfehlungen einzuhalten. Ich wurde über alle Risiken und mögliche Komplikationen belehrt.

Datum: .....

Unterschrift des Patienten: .....