



# Anästhesie Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Datum: \_\_\_\_\_

Füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, damit wir Sie optimal rund um die Operation betreuen können.

**Bringen Sie diese Ausweise, wenn vorhanden, mit:**

- Allergiepass
- Anästhesiepass
- Herzschrittmacherpass
- Stentpass / Implantatpass
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:**

## 01 | Frühere Operationen?

ja     nein

wenn **ja**, welche und wann:

---

---

## 02 | Hatten Sie nach Operationen Beschwerden?

ja     nein

wenn **ja**, welche:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kältezittern    |
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit         |  |

andere:

---

## 03 | Gab es bei Ihren Blutsverwandten Narkosekomplikationen?

ja     nein

## 04 | Können Sie 2 Stockwerke ohne Pause und ohne Atemnot oder Herzbeschwerden hinaufsteigen?

ja     nein

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## 05 | Haben Sie jemals Blutkonserven (Transfusionen) erhalten?

ja     nein

wenn **ja**, gab es dabei Komplikationen und wenn, welche?

---

## 06 | Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten?

ja     nein

wenn **ja**, welche:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Latex (Gummi) | <input type="checkbox"/> Antibiotika (z.B. Penicillin) |   |
| <input type="checkbox"/> Jod           | <input type="checkbox"/> Nickel                        | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel |

andere:

---

## 07 | Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

ja     nein

wenn **ja**, welche:

---

---

---

---



**08 | Blutverdünnende Medikamente**

ja  nein

wenn ja, welche:

---

---

**09 | Frei verkäufliche Medikamente (ohne Rezept),  
Drogensersatzpräparate**

ja  nein

wenn ja, welche:

---

**10 | Rauchen Sie bzw. haben Sie früher geraucht?**

ja  nein

wenn ja, \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

wenn ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren

wenn früher ja, Nichtraucher seit \_\_\_\_\_ Jahren

**11 | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

ja  nein

wenn ja, was und wie viel pro Tag:

---

**12 | Nehmen Sie Drogen?**

ja  nein

wenn ja, welche:

---

**13 | Hören Sie schlecht?**  ja  nein

**14 | Haben Sie wackelige bzw. beschädigte Zähne?**

wenn ja, welche (ankreuzen):



**15 | Tragen Sie eine Zahnprothese?**

ja  nein

**16 | Haben Sie eine auffällig langsame  
Wundheilung?**

ja  nein

**17 | Wurde bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten  
jemals eine Blutgerinnungsstörung festgestellt?**

ja  nein

**18 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne  
erkennbaren Grund?**

- Nasenbluten
- blaue Flecken ohne Anschlagen
- Blutungen in Gelenke, Muskeln, Weichteile
- auffällig starke Blutung nach dem Zahnziehen
- auffällig starke Blutung nach früheren Operationen bzw. Schnittverletzungen

**19 | Hatten Sie bzw. einer Ihrer Blutsverwandter  
bereits Thrombosen bzw. (Lungen-)Embolie?**

ja  nein

Nur von Patientinnen zu beantworten:

**20 | Haben bzw. hatten Sie eine auffällig starke  
Regelblutung:**

- länger als 7 Tage Dauer
- mehr als 7 Tampons / Binden (normale Größe) pro Tag

**21 | Könnten Sie schwanger sein?**

ja  nein

**22 | Waren Sie in den letzten 2 Wochen erkältet  
oder akut erkrankt?**

ja  nein

**23 | Haben oder hatten Sie eine der folgenden  
Infektionskrankheiten:**

- HIV  Hepatitis  Tuberkulose
- andere:

**24 | Haben Sie körperfremde Gegenstände an  
oder in sich?**

ja  nein Wenn ja, welche:

- Stent  Herzschrittmacher
- Kardioverter - Defibrillator  Piercing

andere:

---



Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

- 25** | Bluthochdruck  ja  nein
- 26** | Zuckerkrankheit  ja  nein  
wenn **ja**, spritzen Sie Insulin:  ja  nein
- 27** | Herzinfarkt  ja  nein
- 28** | Hatten Sie schon eine Herz-  
katheteruntersuchung  ja  nein
- 29** | Haben sie einen Stent in den  
Herzkranzgefäßen  ja  nein
- 30** | Brustschmerzen in Ruhe  ja  nein
- 31** | Brustschmerzen nur  
bei Anstrengung  ja  nein
- 32** | Herzschwäche  ja  nein
- 33** | Wasser in Lungen  
oder Beinen  ja  nein
- 34** | Herzrhythmusstörungen  
(z.B. Vorhofflimmern)  ja  nein
- 35** | Herzklappenfehler  ja  nein
- 36** | Lungenerkrankung  ja  nein
- 37** | Asthma bronchiale  ja  nein
- 38** | Bronchitis bzw. COPD  ja  nein  
wenn **ja**, benötigen Sie  
ein Sauerstoffgerät:  ja  nein
- 39** | Schlafapnoe  ja  nein  
wenn **ja**, haben Sie nachts  
eine CPAP-Maske:  ja  nein
- 40** | Nierenerkrankung  ja  nein
- 41** | Lebererkrankung  ja  nein
- 42** | Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein
- 43** | Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- 44** | Erkrankungen  
der Arterien/Venen  ja  nein
- 45** | Erkrankungen des  
Nervensystems  ja  nein
- 46** | Vergesslichkeit / Demenz  ja  nein
- 47** | Schlaganfall bzw. TIA  ja  nein  
wenn **ja**, innerhalb der  
letzten 6 Wochen:  ja  nein
- 48** | Gemütsleiden bzw.  
psychische Erkrankung  ja  nein
- 49** | Muskelerkrankung  ja  nein
- 50** | Erkrankung des  
Bewegungsapparates  ja  nein
- 51** | Grüner Star  ja  nein
- 52** | Blutarmut / Anämie  ja  nein
- 53** | Andere, oben nicht angeführte Erkrankung:  
 ja  nein  
wenn **ja**, welche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 54** | Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?  
 ja  nein
- 55** | Haben Sie eine Patientenverfügung?  
 ja  nein

Als Basisinformation zum folgenden Aufklärungsgespräch mit dem / der AnästhesistIn lesen Sie bitte den schriftlichen Aufklärungsbogen durch oder sehen Sie sich den Anästhesieaufklärungsfilm an:

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJuOuN68w/playlists>

Wenn Sie auf die Risikoauflärung verzichten möchten, teilen Sie das bitte Ihrem Anästhesiearzt / Ihrer Anästhesieärztin mit. Film oder Aufklärungsbogen sind kein Ersatz für Ihr individuelles Gespräch mit der Anästhesistin / dem Anästhesisten.