

| | | | | | | | |
|---|-----|------------------------|-----|------|--------------|-------------|------|
| AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft | UV*) |
| Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____ | | | | | | | |
| Kassen-Nr. _____ | | Versicherten-Nr. _____ | | | Status _____ | | |
| Vertragsarzt-Nr. _____ | | VK gültig bis _____ | | | Datum _____ | | |

Ambulantes Operationszentrum Mobiler Anästhesiedienst

Allee 38
74072 Heilbronn
Tel.: 07131/7868500
Fax 07131/786858
Email: info@tagesklinik-heilbronn.de
Web: www.tagesklinik-heilbronn.de

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Bei Ihnen, bzw. Ihrem Kind ist ein operativer Eingriff in Anästhesie vorgesehen. Um diese optimal zu planen, ist Ihr Narkosearzt auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Narkosevorgespräch mit.

Größe _____ cm Alter _____ Jahre Leiden Sie an (Zutreffendes bitte unterstreichen) nein ja

Gewicht _____ kg

Beruf _____

Medikamente _____

nein ja

Bisherige Operationen _____

Allergien _____

Sind Sie zur Zeit in ärztl. Behandlung wegen? _____

Wurden Sie in den vergangenen 2 Wochen geimpft? _____

Welche Impfungen _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____

Neigen Sie zu Erbrechen bei Narkosen, Autofahrten, Schiffsreisen _____

Herz-Kreislaufferkrankungen: hoher oder niedriger Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen _____

Atmung: chron. Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Schlafapnoe, Lähmung von Zwerchfell oder Stimmband _____

Niere: Dialysepflicht, Nierensteine, Harnverhalt, _____

Leber: Fettleber, Leberzirrhose, Gelbsucht _____

Magen-Darm-Trakt: Sodbrennen, Geschwüre, Refluxkrankheit, Engstellen, _____

Stoffwechsel: Zucker, Fettstoffwechselstörung, Gicht _____

Schilddrüse: Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung _____

Skelett: Arthrose, Bandscheibenvorfall, _____

Muskulatur: Muskelschwäche, Muskelschwund, _____

Nervensystem: Epilepsie, Kopfschmerzen, Depressionen _____

Auge: Grauer Star, Grüner Star, Netzhautablösung, Gasinjektionen ins Auge _____

Blutgerinnung: Nasenbluten, häufige blau Flecken, Marcumar, ASS _____

Infektionen: HIV, Hepatitis, Tbc, Kinderkrankheiten _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Zähne: Zahnersatz, Karies, lockere Zähne, Brücke, Krone _____

Alkohol: ggf. was/Menge _____

Nikotin: ggf. was/Menge _____

Drogen : ggf. welche _____
