

Anästhesie-Fragebogen

Bitte ankreuzen X und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Adresse.....

PLZ/Ort.....

Telefon Privat.....

Telefon Geschäft.....

Körpergrösse.....

Gewicht.....

Hausarzt.....

Mobile Anaesthesie System
Aline



Dr. med. Alina Predescu FMH für Anästhesiologie

Praxis - Tel. +41 (0)79 223 33 44

Privat - Tel. +41 (0)56 493 27 00 - Fax +41 (0)56 493 11 31

e-mail: dr.predescu@bluewin.ch - internet: www.m-a-s.ch

Geplante Operation

Was wird operiert?.....

Datum der geplanten Operation?.....

Welcher Arzt operiert Sie?.....

Wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten ein Check-up durchgeführt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?.....

Frühere Operationen:

Art der Anästhesie:

Wann..... allgemein

welche..... regional

Wann..... allgemein

welche..... regional

Wann..... allgemein

welche..... regional

Wann..... allgemein

welche..... regional

Sind dabei Zwischenfälle bei der Anästhesie aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche.....

Traten nach der Anästhesie Beschwerden auf? ja nein

Übelkeit, Erbrechen, Schwindel
Kältezittern, Atembeschwerden,
Hals- & Schluckbeschwerden, Kopfschmerzen,
Hörprobleme, Gefühlsstörungen
Andere.....

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen? ja nein

Wenn ja, welche.....

Allgemeine Fragen

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? ja nein

Wenn ja, weshalb.....

Rauchen Sie regelmässig? ja nein

Wenn ja, wieviel.....

Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wieviel.....

Nahmen oder nehmen Sie Drogen? ja nein

Wenn ja, welche.....

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? ja nein

in den letzten 3 Monaten ja nein

Haben Sie die Transfusion gut ertragen? ja nein

Tragen Sie Zahnersatz? ja nein

Herausnehmbare Prothesen, Stiftzahn, Implantate, Jacketkrone

Haben Sie lockere Zähne? ja nein

Tragen Sie ein Hörgerät? ja nein

