



# Anamnesebogen

## Erwachsene/Jugendliche

Geplanter Termin: \_\_\_\_\_

### Patientendaten

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Alter (Jahre)

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Größe (cm)

\_\_\_\_\_

Gewicht (kg)

\_\_\_\_\_

Anschrift

Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit und für die Durchführung der Anästhesie ist Ihre Krankenvorgeschichte (*Anamnese*) wichtig. Im Anästhesievorgespräch wird die Anamnese besprochen. Gegebenenfalls werden noch ergänzende Untersuchungen angefordert, um möglichen Komplikationen vorzubeugen.

**Bitte beantworten Sie schon vorab die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Es dient Ihrer eigenen Sicherheit!**

Zutreffendes markieren, unterstreichen oder ergänzen.

**1. Frühere Operationen?**

Welche? Wann?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Probleme bei früheren Narkosen?**

Welche?

Ja

Nein

**3. Kam es zu Narkosezwischenfällen**

**bei Blutsverwandten?**

Welche?

Ja

Nein

**4. Bisher Blutübertragungen?**

Gab es dabei Probleme?

Ja

Nein

Ja

Nein

**5. Nehmen Sie Medikamente?**

Ja

Nein

Welche? Bitte alles angeben - auch Schmerz- (z.B. Aspirin), Schlaf-, Beruhigungs-, Abführ- und gerinnungshemmende Mittel sowie „Antibabypille“ und Naturheilmittel.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Sind Sie derzeit erkältet?**

Ja

Nein

**7. Könnten Sie schwanger sein?**

Ja

Nein

**8. Wissen Sie, oder gibt es Hinweise darauf, dass Sie an einem der folgenden Organe erkrankt sind oder waren?**

- **Herz**  Ja  Nein  
z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Klappenfehler, Herz-Rhythmus-Störungen, Entzündungen des Herzmuskels, Herzschwäche, Atemnot beim Treppensteigen, andere:

---

- **Kreislauf/Gefäße**  Ja  Nein  
z.B. Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Kollapsneigung, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Krampfadern, andere:

---

- **Atemwege/Lunge**  Ja  Nein  
z.B. chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Lungenentzündungen, Tuberkulose, Lungenblähung, andere:

---

- **Allergien/Empfindlichkeiten**  Ja  Nein  
z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Antibiotika, Pflaster, Jod, Kontrastmittel, Latex, Insektenstiche, Nahrungsmittel, andere:

---

- **Leber/Nieren**  Ja  Nein  
z.B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Nierenentzündungen, Nierensteine, Nierenstau, erhöhte Nierenwerte, Dialyse, andere:

---

- **Verdauungstrakt**  Ja  Nein  
z.B. Magen- oder Darmgeschwüre, chronische Entzündungen, Reflux (häufiges Sodbrennen), andere:

---

- **Stoffwechsel**  Ja  Nein  
z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Kropf, Schilddrüsenüberfunktion, -unterfunktion, andere:

---

- **Bewegungsapparat/Muskeln**  Ja  Nein  
z.B. Gelenkerkrankungen, Bandscheibenprobleme, Muskelerkrankungen, Muskelschwäche, längere Bettlägerigkeit, **Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten**, andere:

---

- **Augen**  Ja  Nein  
z.B. grüner Star, grauer Star, andere:

---

- **Gehirn/Nerven/Psyche**  Ja  Nein  
z.B. Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Schlaganfall, Parkinson, Depression, andere:

9. **Hören Sie schlecht?**  Ja  Nein  
Tragen Sie ein Hörgerät?  Ja  Nein
10. **Lockere, beschädigte oder behandlungsbedürftige Zähne?**  Ja  Nein  
Herausnehmbarer Zahnersatz?  Ja  Nein
11. **Rauchen oder rauchten Sie?**  Ja  Nein  
Seit wie vielen Jahren? Wie viel pro Tag?

**Trinken Sie Alkohol?**  Ja  Nein  
Selten/regelmäßig geringe Mengen / regelmäßig größere Mengen? Was, wie viel, wie oft?

**Nehmen Sie Drogen?**  Ja  Nein  
Welche?

12. **Neigen Sie nach Verletzungen zu längerem Bluten?**  Ja  Nein  
Haben Sie häufig Nasen-/Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund?  Ja  Nein  
Gab es Nachblutungen nach Operationen oder beim Zahnarzt?  Ja  Nein  
Bekommen Sie blaue Flecken oder punktförmige Blutungen ohne sich anzustoßen?  Ja  Nein  
Wenn ja: kommen diese auch am Körperrumpf oder an für Sie untypischen Stellen vor?  Ja  Nein  
Gibt es Fälle von Blutungsneigung in der Familie?  Ja  Nein  
Frauen: verlängerte (> 7 Tage) oder verstärkte Regelblutung?  Ja  Nein
13. **Sonstige Erkrankungen?**  Ja  Nein  
Welche?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Die Richtig-/ Vollständigkeit wird bestätigt.**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patientin/Patient