

Anamnese - und Prämedikationsbogen

Bitte zum Prämedikationsgespräch ausgefüllt mitbringen

Alter: _____ männl. weibl.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Zutreffendes bitte ankreuzen, **N** = Nein
 unterstreichen bzw. ergänzen: **J** = Ja

1. **Ärztliche Behandlung** in letzter Zeit? **N** **J**
 Weswegen? _____

Besteht eine **Erkältung**? **N** **J**
Durchfall / Erbrechen i. d. letzten 4 Wochen? **N** **J**
 Liegt eine **andere Infektion** vor? **N** **J**

2. Nehmen Sie **Medikamente** ein? **N** **J**
 Welche? _____

3. **Frühere Anästhesien / Vollnarkosen**? **N** **J**
 Zu welchen Ops? wann? _____

4. Beschwerden bei **früherer Anästhesie**? **N** **J**
 Welche? _____

Narkose-Besonderheiten bei Blutsverwandten? **N** **J**

5. Wurden schon einmal **Blut- oder Blutbestand-**
teile (Transfusion) übertragen? **N** **J**
 Wenn ja, wann? _____
 Gab es Komplikationen? **N** **J**

6. Könnte eine **Schwangerschaft** bestehen? **N** **J**

7. Wissen Sie oder gibt es Hinweise für jetzige oder frühere
Erkrankungen an einem der folgenden Organsysteme?

Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler,
 Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher
 oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen
 oder: _____ **N** **J**

Gefäße: Krampfader, Thrombosen, Durchblutungsstörung
 oder: _____ **N** **J**

Atemwege / Lunge: chronische Bronchitis, Asthma,
 Lungenentzündung, TBC, Lungenblähung (Emphysem)
 oder: _____ **N** **J**

Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung (Cirrhose), Fettleber
 Gallensteine
 oder: _____ **N** **J**

Nieren: erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, Steine
 Nierenentzündungen
 oder: _____ **N** **J**

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle **N** **J**
 oder: _____

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht **N** **J**
 oder: _____

Schilddrüse: Kropf, Über- oder Unterfunktion **N** **J**
 oder: _____

Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, Bandscheiben-
 beschwerden, Schulter-Arm-Syndrom **N** **J**
 oder: _____

Nerven / Gemüt: Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen,
 Depressionen **N** **J**
 oder: _____

Augen: Grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen **N** **J**
 oder: _____

Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten, blaue
 Flecken auch ohne Verletzung / bei nur leichter Berührung
 oder: _____ **N** **J**

Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen **N** **J**
 oder: _____

Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten? **N** **J**

Allergie / Überempfindlichkeiten: **N** **J**
 Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente,
 Jod, Pflaster, Latex, Metall

oder: _____

8. **Andere Erkrankungen?** **N** **J**

9. **Schwerhörigkeit?** **N** **J**
Hörgerät? **N** **J**

10. **Lockere Zähne, Karies?** **N** **J**
Zahnersatz (Prothese, Stiftzahn, Krone)? **N** **J**

Zahnstatus	O = fehlt	4 3 2 1	1 2 3 4
(wird vom	X = locker	-----	
Arzt ausgefüllt)	-- = Prothese	4 3 2 1	1 2 3 4

11. **Raucher/in?** **N** **J**
 was, wieviel täglich? _____

12. **Alkoholkonsum?**
 nie selten regelmäßig
 geringe Mengen größere Mengen
 Bier Wein Hochprozentiges

13. **Schlaf- oder Beruhigungsmittel?** **N** **J**
 Welche? _____

14. **Drogen?** **N** **J**
 Welche? _____

15. **Besonderheiten:** _____