

Name der OP-Einheit

Patienten-Fragebogen zur bevorstehenden ambulanten Operation/Narkose

Name:

Alter:

weiblich/männlich:

(Kreisen Sie bitte die Antwort an, die für Sie zutrifft)

1. Soziales Umfeld

- 1.1. Haben Sie ein Telefon zu Hause? Ja /
Nein
- 1.2. Haben Sie einen bequemen Zugang zu einer Toilette? Ja / Nein
- 1.3. Haben Sie jemanden, der sich zu Hause um Sie kümmert? Ja / Nein
- 1.4. Haben Sie jemanden, der Sie nach Hause bringen wird? Ja / Nein
- 1.5. Benötigen Sie Hilfe, um Nachsorge zu organisieren? Ja / Nein

2. Risikoeinschätzung

- 2.1. Bekommen Sie Brustschmerzen oder kommen Sie außer Atem, wenn Sie zwei Stockwerke Treppen steigen? Ja / Nein
- 2.2. Bekommen Sie Herzbeklemmungen mehr als einmal im Monat? Ja / Nein
- 2.3. Hatten Sie eine Herzattacke innerhalb der letzten 12 Monate? Ja / Nein
- 2.4. Werden Sie wegen Herzrhythmusstörungen behandelt? Ja / Nein
- 2.5. Werden Sie wegen Herzversagen behandelt? Ja / Nein
- 2.6. Haben Sie Asthmaanfälle öfter als einmal im Monat? Ja / Nein
- 2.7. Haben Sie epileptische Anfälle? Ja
/ Nein
- 2.8. Werden Sie mit Insulin wegen eines Diabetes behandelt? Ja / Nein
- 2.9. Werden Sie wegen einer Nierenerkrankung behandelt? Ja / Nein
- 2.10. Werden Sie wegen einer Lebererkrankung behandelt? Ja / Nein
- 2.11. Haben Sie Schwierigkeiten, den Hals zu bewegen? Ja / Nein
- 2.12. Hatten Sie je ein Problem mit einem Betäubungsmittel (Anästhetikum)? Ja / Nein
- 2.13. Gab es in Ihrer Familie Probleme mit einem Anästhetikum? Ja / Nein

3. Zusätzliche Informationen

- 3.1. Hatten Sie einmal eine allergische Reaktion auf Medikamente (Ausschlag oder Schwellung oder Schnupfen?) Ja / Nein
- 3.2. Rauchen Sie? Ja / Nein
- 3.3. Bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Ja / Nein
- 3.4. Haben Sie lose Zähne oder Kronen? Ja /
Nein
- 3.5. Haben Sie einen Schrittmacher? Ja /
Nein
- 3.6. Haben Sie ein Hörgerät? Ja / Nein
- 3.7. Haben Sie Kontaktlinsen? Ja / Nein
- 3.8. Trinken Sie mehr als 1/2 Liter Bier, 2 Gläser Wein oder 2 Schnäpse am Tag? Ja / Nein

4. Bitte schreiben Sie diejenigen Medikamente auf, die Sie einnehmen

- 4.1.
- 4.2.
- 4.3.
- 4.4.
- 4.5.

5. Bitte listen Sie alle früheren Operationen auf

- 5.1.
- 5.2.
- 5.3.
- 5.4.
- 5.5.
- 5.6.

6. Kontaktperson im Notfall

Name:

Verwandschaft:

Adresse:

Telefon:

(Nur für Praxisgebrauch. Danke)

Körpergröße (cm):

Gewicht (kg):

BMI (Bodymass-Index, kg/m²):

Quelle: Carlo Castoro, Christina Drace, Ugo Baccaglioni: Patient information, assessment and preparation of day cases – Guidelines and a practical application toolkit. In: Day Surgery – Development and Practice. Hrsg.: Paulo Lemos, Paul Jarrett, Beverly Philip. IAAS 2006. Seite 157 - 184