

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte bringen Sie diesen Bogen vollständig ausgefüllt zu Ihrem Operationstermin mit. Dieser Fragebogen gibt uns die Möglichkeit, Sie optimal und risikoarm zu betreuen und kann Ihnen unnötige und belastende Untersuchungen ersparen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Patientenetikette**

Name: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_  
Fallzahl: \_\_\_\_\_

Datum: .....

**1. Waren Sie in letzter Zeit (3 Monate) in ärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein

Wenn ja, warum?

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkältung, Durchfall oder Erbrechen?  Ja  Nein

Liegt eine andere Infektionskrankheit vor (z. B. Hepatitis)?  Ja  Nein

**2. Medikamenteneinnahme**

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?  Ja  Nein

- |                                      |                                  |                                  |                                   |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Thrombo ASS | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Plavix  | <input type="checkbox"/> Brilique |
| <input type="checkbox"/> Marcoumar   | <input type="checkbox"/> Sintrom | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Pradaxa  |
| <input type="checkbox"/> Andere:     |                                  |                                  |                                   |

Nehmen Sie regelmäßig sonstige Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche (+Dosierung)?

**Impressum**

Der Anamnesebogen wurde in Anlehnung an die Empfehlung der Arbeitsgruppe für präoperative Evaluierung der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin erstellt – nach freundlicher Genehmigung durch Dr. Gerhard Fritsch, SALK – Universitätsklinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin der Salzburger Landeskliniken.

**3. Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? Wie hat sich diese gezeigt?

**4. Frühere Operationen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche/wann?

**5. Hatten Sie Beschwerden oder Probleme nach Narkosen oder Betäubungen?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**6. Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder andere Blutprodukte erhalten?**

Ja  Nein

Wenn ja, ergaben sich dabei Komplikationen?

Ja  Nein

**7. Herz-Kreislauf-Lunge:**

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? /Tag

Ja  Nein

Leiden Sie unter

Bluthochdruck

Ja  Nein

Erhöhte Blutfette (Cholesterin)

Ja  Nein

Zuckerkrankheit: Wenn ja, seit wann?

Jahre

Ja  Nein

Hatten Sie einen

Schlaganfall: Wenn ja, wann?

Ja  Nein

Herzinfarkt: Wenn ja, wann?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Herzkatheteruntersuchung?

Ja  Nein

Wenn ja, wann?

Wenn ja, wurde eine Aufdehnung durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wurde ein Drahtgeflecht (Stent) eingesetzt?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Herzoperation?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal Wasser in der Lunge?

Ja  Nein

Haben/Hatten Sie Herzrhythmusstörungen?

Ja  Nein

Haben Sie eine Herzklappenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie chronische Bronchitis, COPD, Asthma, Lungenentzündungen, Tuberkulose, Lungenblähung (Emphysem), Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Erkrankungen von Herz, Kreislauf oder Lunge? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**8. Gefäße:**

- Krampfaderen     arterielle Durchblutungsstörungen     Thrombose     keine Erkrankung  
 Sonstiges:

**9. Niere:**

- Entzündung     Steine     Funktionsstörung     Dialyse     keine Erkrankung  
 Prostata     Sonstiges:

**10. Leber:**

- Gelbsucht     Hepatitis     Leberzirrhose     keine Erkrankung  
 Sonstiges (z.B.: erhöhte Leberwerte):

**11. Blutgerinnung:**

Beobachten Sie folgende Blutungsarten ohne besonderen Grund?

Vermehrtes spontanes Nasenbluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vermehrte „blaue Flecken“ an untypischen Stellen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten ohne Entzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Längeres/verstärktes Nachbluten bei Schnittwunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verstärkte Nachblutung bei Operationen (z.B. beim Zahnarzt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung in der Blutsverwandtschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Auffällige Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zusatzfrage an Patientinnen: von der ersten Regelblutung an verstärkte Regelblutung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> länger als 7 Tage <input type="checkbox"/> häufiger Binden-/Tamponwechsel		

**12. Magen, Darm, Speiseröhre:**

- Geschwüre     Engstelle     Verdauungsstörungen     Blutung     Keine Erkrankung  
 Zwerchfellbruch/Hiatushernie     Sodbrennen/Reflux  
 Sonstiges:

**13. Schilddrüse:**

- Überfunktion     Kropf     Unterfunktion     Operation     keine Erkrankung  
 Sonstiges:

**14. Neurologie, Nervensystem:**

- Depressionen     Epilepsie     Parkinsonkrankheit     keine Erkrankung  
 Lähmungen     Schlaganfall     Ischiasbeschwerden     Gürtelrose  
 Sonstiges (z.B.: Gesichtslähmung):

**15. Muskel:**

- angeborene Muskelschwäche     Muskelentzündungen     keine Erkrankung  
 Sonstiges (z.B.: Kinderlähmung):

**16. Skelettsystem:**

- Kreuzschmerzen     Bandscheibenvorfall     keine Erkrankung  
 Schulter/Arm-Syndrom     Sonstiges (Hüftgelenksarthrose, Rheuma):

**17. Augen:**

- grüner Star, hoher Augeninnendruck     Brille/Kontaktlinsen     keine Erkrankung  
 Problem im Augenhintergrund (Laser?)     Sonstiges (z.B.: Grauer Star):

**18. Hören Sie schlecht?**

- Ja     Nein

Wenn ja, tragen Sie ein Hörgerät?

- Ja     Nein

**19. Haben Sie lockere Zähne?**

- Ja     Nein

Tragen Sie Zahnersatz? (z.B.: Kronen, Implantate, Stiftzähne, Prothesen)

- Ja     Nein

**20. Tumorleiden/Krebserkrankung:**

- Ja     Nein

Wenn ja, stehen Sie unter Chemotherapie oder Strahlentherapie?

- Ja     Nein

**21. Trinken Sie Alkohol?**

- Wenn ja     gelegentlich    Was?    Wie viel?     Ja     Nein  
 regelmäßig

**22. Nehmen Sie Drogen?**

- Ja     Nein

Wenn ja, welche?

**23. Leiden Sie an anderen, nicht genannten, Erkrankungen?**

- Ja     Nein

Wenn ja, welche?

Was strengt Sie besonders an? (bestmögliche Antwort ankreuzen)	Trifft zu	
Leichte Hausarbeit	<input type="checkbox"/>	MET < 4
Stiegensteigen, kurze Strecken bergauf gehen, schnell ebenerdig gehen, langsam Rad fahren, schwere Hausarbeit (Gartenarbeit, Holzhacken ...)	<input type="checkbox"/>	MET 4 – 7
Voll belastbar (Wandern, Skifahren, Tanzen, Ausdauersport)	<input type="checkbox"/>	MET > 7
<b>Hatten Sie in letzter Zeit „Brustschmerzen / Engegefühl in der Brust“</b> Wenn ja, bei welcher Belastung treten diese auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei stärkster körperlicher Belastung (z.B. Sport)	<input type="checkbox"/>	CCS I
Nach raschem Stiegensteigen und Gehen, nach dem Essen, bei kaltem Wind, bei psychischem Stress, in den ersten Stunden nach dem Aufstehen	<input type="checkbox"/>	CCS II
Nach kurzem Gehen im Flachen	<input type="checkbox"/>	CCS III
Bei jeder körperlichen Betätigung, in Ruhe	<input type="checkbox"/>	CCS IV
<b>Gab es in letzter Zeit eine Verschlechterung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben / hatten Sie aktuell / in letzter Zeit Atemnot / „Probleme mit der Luft“?</b> Wenn ja, bei welcher Belastung treten diese auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei starker körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/>	NYHA II
Bei geringer körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/>	NYHA III
In Ruhe (wie z. B. im Liegen)	<input type="checkbox"/>	NYHA IV
<b>VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!</b>		
<b>Auskultation</b>		
Cor		
Pulmo		
Carotiden		

**24. Bei Aufnahme zu beantworten:**

Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dem Ausfüllen dieses Bogens geändert?  Ja  Nein