Diomed

Doku **C AE**

Anamnese-Fragebogen für Erwachsene/Jugendliche vor operativen Eingriffen

Klinik/Praxis:

Patientenname und -adresse:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte im Kästchen ankreuzen ☒ und im Text unterstreichen bzw. in den Freizeilen ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen. Falls die Freizeilen nicht ausreichen, z.B. bei den Fragen 2 und 10, bitte auf Seite 4 ergänzen. **(n = nein j = ja)**

Anamnese-Fragebogen für Erwachsene/Jugendliche vor operativen Eingriffen

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Geschlecht: _____

1. Beruf (ggf. frühere berufliche Tätigkeit, falls nicht mehr berufstätig): _____

   Haben Sie Kinder? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, Anzahl und Alter eintragen _____

   Hausarzt bzw. weitere zu informierende Ärzte: _____

   Muttersprache: _____

   Verstehen Sie Deutsch in Wort und Schrift? ☐ n ☐ j

   Sind Sie schwerhörig? ☐ n ☐ j

   Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ n ☐ j

   Liegt eine Sehbehinderung vor? ☐ n ☐ j

   Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ☐ n ☐ j

   Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ☐ n ☐ j

   Falls Sie einen **Schrittmacherausweis** besitzen, bitte vorlegen!

   Befinden sich Metallimplantate (z.B. Nägel, Platten) in Ihrem Körper? ☐ n ☐ j

   Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ n ☐ j

2. Werden regelmäßig **Medikamente** (z.B. Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS, Plavix®] , Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Abführmittel, „Antibabypille“, Medikamente gegen Bluthochdruck, Schilddrüsenmedikamente) eingenommen? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

   Falls Sie einen **Marcumarausweis** besitzen, bitte vorlegen.

3. Besteht eine **akute Entzündung** oder **chronische Infektion** (z.B. Erkältung, bakterielle oder virale Erkrankung [z.B. Herpesinfektion, Leberentzündung (Hepatitis)] , Durchfall, Erbrechen, entzündliche Hauterkrankung, Pilzinfektion)? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

4. Leiden Sie an akuten/chronischen **Schmerzen**? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, an welcher Körperstelle? _____

   Wenn ja, welcher Art (z.B. dumpf, kolikartig, brennend, stechend, ziehend): _____

   Wenn ja, Dauer (z.B. ständig, zeitweise, wie oft): _____

   Wenn ja, Stärke (z.B. leicht, mittel, stark, wechselnd): _____

   Wenn ja, äußere Einflüsse auf den Schmerz (z.B. Mahlzeiten, Tageszeit, körperliche Belastung): _____

C AE - 07/2010v6 - Datei: 13.08.2014 - Druck: 27.11.2014/13:19 Uhr - Seite 1 von 4

Diomed-Aufklärungssystem · Empfohlen vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. · Herausgeber: Prof. K. Ulsenheimer (Medizinrecht) · Gründungshrsg.: Prof. W. Weißauer · Autoren: Prof. Dr. Th. Meyer, PD Dr. habil. O. Schmidt, Prof. W. Hohenberger · Copyright 2010 by Diomed in Thieme Compliance GmbH
Am Weichselgarten 30 · 91058 Erlangen · Telefon 09131 93406-40 · Fax 09131 93406-70.
www.diomed.de **Vervielfältigungen jeglicher Art, auch Fotokopieren, verboten.**

Red. 07/2010v6
Bestell-Nr. 4000

5. Bestehen **derzeit** folgende **Beschwerden**:

Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Schluckstörungen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Beimengungen im Stuhlgang (z.B. Blut, Schleim, Eiter)? ☐ n ☐ j

Häufiger Harndrang, Brennen beim Wasserlassen, Husten, Auswurf (z.B. Blut, Schleim, Eiter), Luftnot (z.B. bei Belastung)? ☐ n ☐ j

Schwellungen (z.B. Lymphdrüsen, Arme, Beine), Schwindel, Bewusstseinsstörungen (z.B. Bewusstseinsverlust, Erinnerungslücken)? ☐ n ☐ j

Schlafstörungen, Schlafapnoe, Fieber, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, Gewichtszunahme oder -abnahme? ☐ n ☐ j

Bestehen sonstige Beschwerden? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

6. Bestehen oder bestanden **folgende Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen:**

Herz-Kreislaufsystem: Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen, Schwindel, Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Kollapsneigung ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Blutgefäße: Durchblutungsstörungen (Beine, Gehirn) , Arterienverkalkung (Arteriosklerose), Verschluss oder Aussackungen von Schlagadern, Venenerkrankungen (Krampfadern, Thrombose) , Venenentzündung ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Blut: Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung oder nach leichter Berührung, auffällige Blutungsneigung bei früheren Operationen, Gerinnungsstörungen, Blutarmut, Leukämie ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Atemwege und Lunge: Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung, Staublunge, Lungenblähung (Emphysem), Geschwulst ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Verdauungstrakt: Speiseröhrenerkrankungen (Schluckstörung, Sodbrennen) , Magenerkrankungen (Entzündung, Pilzerkrankung, Geschwür) , Lebererkrankungen (Verfettung, Verhärtung, Gelbsucht, Hepatitis, Zirrhose) , Gallensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Darmerkrankungen (chronische Entzündungen, Engstellen, Darmverschluss) , Hämorrhoiden, Geschwulst ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Bauchwand: Bauchwandbrüche (Leistenbruch, Narbenbruch) ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane: Nierensteine, Blasensteine, Entzündungen, Geschwulst, hohe Kreatininwerte, Dialysepflicht ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes) , Gicht, Schilddrüse (Kropf, Über-/Unterfunktion) ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Falls Sie einen **Diabetikerausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Bewegungsapparat: Gelenkerkrankungen (Arthritis, Arthrose) , Knochenerkrankungen (Osteoporose, häufige Knochenbrüche, Entzündung, Osteomyelitis, Geschwulst) , Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen, Muskelschwäche ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

Haut: Auffällige Muttermale, Juckreiz, Neurodermitis, Ausschlag, offene Stellen, Eiterungen, Schuppenflechte ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Nerven/Gemüt: Anfallsleiden, Epilepsie, Lähmungen, Nervenentzündungen, Hirnhautentzündungen, Gemütsleiden (z.B. Depressionen) ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Augen: Grauer/Grüner Star, Sehschwäche ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Zähne: Karies, Parodontose, lockere Zähne ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Zahnersatz: Stiftzähne, Kronen, Brücken, Prothesen ☐ n ☐ j

Wenn ja, welcher? _____

Krebserkrankungen: ☐ n ☐ j

Wenn ja, Körperregion/Organ bezeichnen: _____

_____

_____

Wenn ja, wurde schon einmal eine **Strahlen-** oder **Chemotherapie** durchgeführt? ☐ n ☐ j

Immunsystem: ☐ n ☐ j
Haben Sie häufig **Infektionen**?

Besteht eine **Abwehrschwäche** (z.B. HIV-Infektion) oder eine **Autoimmunerkrankung** (z.B. Sklerodermie, Lupus erythematodes)? ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeit** (z.B. Medikamente [Schmerz-, Betäubungsmittel, Antibiotika] , Nahrungsmittel, Jod, Pflaster, Latex [z.B. Radiergummi, Gummihandschuhe] , Desinfektionsmittel) ☐ n ☐ j

Wenn ja, welche? _____

_____

7. Wurden Sie in den vergangenen 2 Wochen **geimpft** oder ist eine Impfung geplant? ☐ n ☐ j

Wenn ja, wann und wogegen? _____

_____

Falls Sie einen **Impfausweis** besitzen, bitte vorlegen.

8. Besteht eine Neigung zu **überschießender Narbenbildung (Keloiden)**? ☐ n ☐ j

9. Hatten Sie **Unfälle/Verletzungen**? ☐ n ☐ j

Wenn ja, Art u. Jahr des Unfalls/der Verletzung bezeichnen _____

_____

_____

10. War früher schon einmal eine **Operation** erforderlich? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Art und Jahr des Eingriffs sowie zu eventuellen **Komplikationen** (z.B. Infektionen, Wundheilungsstörungen usw.): _____

11. Wurde in der Vergangenheit schon einmal eine **Betäubung/Narkose** durchgeführt? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, kam es zu **Komplikationen**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____

12. Wurden schon einmal **Blut, Blutbestandteile** oder **Blutprodukte** (z.B. Gerinnungsfaktoren) verabreicht? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, haben sich dabei **Komplikationen** oder **Besonderheiten** ergeben? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

13. Wurde schon einmal im Operationsgebiet **geröntgt**? ☐ n ☐ j

    Wurde schon einmal eine **Computer-** oder **Kernspintomographie** durchgeführt? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, wann und wo? _____

    Falls Sie **Computer-** oder **Kernspintomographiebilder** besitzen, bitte vorlegen.

14. Regelmäßiger **Konsum von Tabakwaren**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, was, wie viel täglich und wie lange schon? _____

15. Regelmäßiger **Alkoholkonsum**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, wie häufig, was und wie viel? _____

16. **Andere Erkrankungen** oder **gesundheitliche Beeinträchtigungen:** Körperbauliche Besonderheiten, angeborene Fehlbildungen ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

17. Gibt oder gab es in Ihrer **Familie** (nur Blutsverwandte, nicht Ehepartner oder verschwägert) folgende **Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen:**

    Krebs? ☐ n ☐ j

    Missbildungen? ☐ n ☐ j

    Erbkrankheiten? ☐ n ☐ j

    Stoffwechselleiden (z.B. Diabetes, Gicht)? ☐ n ☐ j

    Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)? ☐ n ☐ j

    Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose)? ☐ n ☐ j

    Blutgerinnungsstörung? ☐ n ☐ j

    Geisteserkrankungen? ☐ n ☐ j

    Tuberkulose? ☐ n ☐ j

    Allergien? ☐ n ☐ j

18. **Zusatzfragen bei Frauen im gebärfähigen Alter:**

    Könnten Sie **schwanger** sein? ☐ n ☐ j

    Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____

    Haben Sie eine **verstärkte/verlängerte Regelblutung**? ☐ n ☐ j

    Frühere Schwangerschaften? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, Jahr der Schwangerschaft bezeichnen _____

    Wenn ja, traten nach der Geburt **Nachblutungen** auf? ☐ n ☐ j

    Hatten Sie bereits eine **Fehlgeburt**? ☐ n ☐ j

    Betreiben Sie Maßnahmen zur **Empfängnisverhütung**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

Zusatzfragen für ambulante Eingriffe

1. Wie kommen Sie nach Hause (z.B. mit dem Taxi, Krankenwagen, PKW, öffentliche Verkehrsmittel)? _____

2. Wer begleitet Sie? (Name, Alter) _____

3. Aufenthalt in den ersten 12–24 Stunden nach dem Eingriff (**genaue Adresse**): _____

4. Ist die **ständige Betreuung** in den ersten 12–24 Stunden nach dem Eingriff gewährleistet? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, durch wen? (Name, Lebensalter) _____

5. Ist die Wohnung von unserer Praxis/Klinik oder von der Praxis des Hausarztes innerhalb 30 Minuten erreichbar? ☐ n ☐ j

6. Sind Sie **telefonisch erreichbar**? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, Tel.-Nr./Handy-Nr.: _____

7. Steht Ihnen ein Auto mit Fahrer zur Verfügung oder ist ein Taxi schnell erreichbar? ☐ n ☐ j

8. **Hausarzt/Überweisender Arzt:** (Name, PLZ/Ort, Straße, Telefonnummer) _____

   Führt Ihr Hausarzt Hausbesuche durch? ☐ n ☐ j

Bei der Entlassung werden wir Ihnen Hinweise z.B. zum Verhalten im Straßenverkehr, zur Einnahme von Medikamenten, zum Verhalten bei Komplikationen etc. in einem Brief und/oder in einem speziellen Informationsblatt mitgeben.

C AE - 07/2010v6 - Datei: 13.08.2014 - Druck: 27.11.2014/13:19 Uhr - Seite 3 von 4

Arztanmerkungen

Evtl. ergänzende Fragen der Ärztin/des Arztes:

Erklärung der Patientin/des Patienten:

Die vorausgegangenen Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum, Uhrzeit	Patientin/Patient	Ärztin/Arzt

C AE - 07/2010v6 - Datei: 13.08.2014 - Druck: 27.11.2014/13:19 Uhr - Seite 4 von 4