

Dr. med. Wolfgang Dierkes

Akupunktur • Immunmodulation • Schmerztherapie

Volksgartenstraße 246
41065 Mönchengladbach

Telefon 02161/407974-0
Fax 02161/407974-74

www.in-balance.de
info@in-balance.de

inbalance

• Natürlich heilen. Die sanfte Therapie
nach dem Bauplan der Natur.

Anästhesie-Fragebogen

- bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus -

Name: _____

Straße: _____

Alter: _____ Jahre geb.: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefon: _____

Ort: _____

Vorgesehene Operation am: _____

Vorgesehene Operation was: _____

1. Welchen Beruf üben Sie aus?

2. Befanden Sie sich in letzter Zeit
in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

3. Besteht eine Schwangerschaft?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche? _____

5. Frühere Narkosen und Operationen?

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen

im Zusammenhang mit der Anästhesie?

6. Haben Sie schon einmal eine
Bluttransfusion bekommen?

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Anästhesie-Fragebogen

- bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus -

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

7. Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzrhythmusstörungen)?

Ja Nein

21. Tragen Sie Zahnersatz (z. B. nicht festsitzende Prothesen, Zahnbrücke, Stiftzähne)? Ja Nein

Haben Sie lockere Zähne?

8. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)?

22. Rauchen Sie regelmäßig? _____ pro Tag

9. Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Staublunge, Asthma, chron. Bronchitis)?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

10. Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht, Leberverhärtung)?

Nehmen Sie Drogen ein? Ja Nein

11. Nierenerkrankungen (z. B. Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentzündung)?

23. Sind Sie an bestimmte Medikamente gewohnt? Ja Nein

Welche? _____

12. Stoffwechselerkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Fruchtzuckerunverträglichkeit)?

Sonstige Besonderheiten?

(z. B. Unfälle, nicht aufgeführte Vorerkrankungen, besondere berufliche Verhältnisse)?

13. Schilddrusenerkrankungen (z. B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?

14. Augenerkrankungen (z. B. grüner Star)?

15. Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lahmungen)?

Ich habe noch Fragen

16. Wurden Sie wegen Gemütsleiden (Depressionen) ärztlich behandelt?

Ich habe folgende Fragen:

17. Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen)?

18. Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z. B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten)?

19. Allergien (z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster)?

Ich willige ein, dass die geplante Operation in Vollnarkose ausgeführt wird.

Welche? _____

Den Inhalt des Patienten-Merkblatts habe ich zur Kenntnis genommen.

20. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung?

Datum _____

Welche? _____

Unterschrift _____

Unterschrift des Arztes _____