

**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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)? ☐ ☐

Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung? ☐ ☐

Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Haben Sie lockere Zähne? ☐ ☐

22. Rauchen Sie regelmäßig? ☐ ☐

\_\_\_\_\_ pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ☐

Nehmen Sie Drogen ein? ☐ ☐

23. Sind Sie an bestimmte Medikamente gewohnt? ☐ ☐

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sonstige Besonderheiten?

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe noch Fragen ☐ ☐

Ich habe folgende Fragen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_