

Unidad de Gestión Clínica
Anesthesiología y Reanimación.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

FRAGEBOGEN FÜR DIE NARKOSE

Name:

Alter: Gewicht: Grösse: Datum:

Bitte, markieren Sie mit einem Kreis die richtige Antwort. Wenn Sie die Frage nicht verstehen: nicht markieren.

1. JA NEIN Haben Sie ein künstliches Gebiss zum herausnehmen ?
2. JA NEIN Sind Sie Raucher?
3. JA NEIN Trinken Sie alkoholische Getränke?
4. JA NEIN Nehmen Sie die eine oder die andere Droge?
5. JA NEIN Haben Sie oftmals Kopfschmerzen?
6. JA NEIN Haben Sie jemals das Bewusstsein verloren?
7. JA NEIN Sind Sie Epileptiker oder hatten Sie konvulsionen?
8. JA NEIN Hatten Sie je einen Schlaganfall oder Lähmung irgendeines Körperteiles?
9. JA NEIN Haben Sie hohen Blutdruck?
10. JA NEIN Hatten Sie beschleunigte Herztöne?
11. JA NEIN Hatten Sie einen Herzinfarkt?
12. JA NEIN Angina Pectoris, Slaganfall oder Schmerz in der Brust?
13. JA NEIN Benötigen Sie mehr als ein Kopfkissen um schlafen zu können?
14. JA NEIN Schweilen Ihre Füße an?
15. JA NEIN Ist ihr Herzklappenventil in Ordnung?
16. JA NEIN Haben Sie einen Herzschrittmacher? Wann war die letzte Überprüfung?
17. JA NEIN Sind Sie allergisch? Gegen was?
18. JA NEIN Sind Sie Asthmatiker?
19. JA NEIN Husten Sie viel oder haben Sie viel Schleimauswurf?
20. JA NEIN Jemals Lungenentzündung?
21. JA NEIN Jemals Tuberkulose?
22. JA NEIN Hatten Sie die letzte Woche Fieber, Schüttelfrost oder Hustenanfälle?
23. JA NEIN Wieviel Stockwerke können Sie hinaufgehen ohne aus zu ruhen?
24. JA NEIN Haben Sie ein Geschwür am Zwölffingerdarm?
25. JA NEIN Haben Sie öfter Sodbrennen nach dem Essen oder wenn Sie sich hinlegen?
26. JA NEIN Hat man Ihnen je gesagt, dass Sie eine Hiatus Hernie hatten?
27. JA NEIN Hatten Sie je eine Leberentzündung oder sahen Sie gelb aus?
28. JA NEIN Nierenprobleme oder Probleme mit dem Urin?
29. JA NEIN Sind Sie diabetiker oder hoch oder niedrige Blutzuckerwerte?
30. JA NEIN Probleme mit der Schilddrüse oder Kropf?
31. JA NEIN Sind Sie übermässig nervös oder schlaflos?
32. JA NEIN Haben Sie Blutarmut?
33. JA NEIN Manchmal blauwe Flecken oder bluten Sie mehr als normal?
34. JA NEIN Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein?
35. JA NEIN Probleme an der Wirbelsäule?
36. JA NEIN Irgendwelche Körperliche Beschwerde? Welche?
37. JA NEIN Sind Sie je operiert worden? An was und wann?
38. JA NEIN Hatten Sie jemals Probleme mit der Anästhesie oder ein amiliemitglied?
39. JA NEIN Hatten Sie je eine Bluttransfusion? Warum und wann?
40. JA NEIN Nehmen Sie Aspirin oder ein Antikoagulans (Blutgerinnungshemmer)?
41. JA NEIN Nehmen Sie Medikamente für die Nerven? Welche?