



Narkose im Norden

Facharztpraxis
Anästhesie, spezielle Schmerztherapie,
Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin
www.narkose-im-norden.de

Dr. Björn Buttgerief
Dr. Clemens Duyster
Jürgen Fuchs
Dr. Wolfgang Michelsen

Frauke Schatzmann
Dr. Angelika Stürzebecher
Dr. Sonja Tollhagen
Dr. Gunnar Tröger

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Größe (cm): Gewicht (kg):

Zu Ihrem Gesundheitszustand (zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wegen welcher Erkrankungen?
.....
...

2. Könnte eine Schwangerschaft bestehen? ja nein

3. Nahmen/Nehmen Sie zuhause regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?
.....
.....
.....

Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen (z.B. ASS, Aspirin, Marcumar, Ticlopidin, Plavix, Thrombosespritzen)? ja nein

4. Bitte geben Sie frühere Operationen an:

Jahr	Eingriff
.....
.....

5. Hatten Sie bei Operationen Beschwerden nach der Narkose oder Regionalanästhesie? ja nein

Wenn ja, welche?
.....
.....

Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einem Narkoseverfahren? ja nein

6. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? ja nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche?
.....

Ihre Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? ja nein

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

7. Herzerkrankungen: z.B. Atemnot bei Belastung, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herz-rhythmusstörungen, Herzmuskelenzündung? ja nein

8. Kreislauferkrankungen: Erhöhter oder niedriger Blutdruck? ja nein

9. Gefäßerkrankungen: Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen, Embolien? ja nein

10. Lungen- und Atemwegserkrankungen: z.B. bei Kindern Pseudokrupp, Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenüberblähung, Asthma, chronische Bronchitis? ja nein

11. Lebererkrankungen: z.B. Leberverhärtung, Hepatitis? ja nein

12. Nierenerkrankungen: z.B. Niereninsuffizienz? ja nein

13. Erkrankungen des Verdauungstraktes: z.B. Sodbrennen, Magen-, Darmerkrankung? ja nein

14. Stoffwechselerkrankungen: z.B. Zuckerkrankheit? ja nein

15. Schilddrüsenerkrankungen: z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion? ja nein

16. Augenerkrankungen: z.B. grüner Star (Glaukom), Kontaktlinsen? ja nein

17. Nerven-, Gemütsleiden: z.B. Depressionen, Ängste bei Kindern, Fieberkrämpfe, Epilepsie, Lähmungen? ja nein

18. Erkrankungen des Skelettsystems: z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Gelenkerkrankungen? ja nein

19. Gab oder gibt es Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche bei Ihnen / Ihren Blutsverwandten? ja nein

20. Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung? ja nein

.....
.....

21. Sonstige Besonderheiten, z.B. Piercings, Hörgerät, Herzschrittmacher, Gelenkersatz, Impfungen, Unfälle:

