



Fragebogen / Anamnese

**Ausfüllen und
Ja / Nein ankreuzen ==>**

<input checked="" type="checkbox"/> OSA Risk <input type="checkbox"/> OSA Atempa <input type="checkbox"/> OSA bekannt <input type="checkbox"/> OSA Bluthoc <input type="checkbox"/> OSA Schnar <input type="checkbox"/> OSA Tagesm <input type="checkbox"/> Kardiopulmo	JA	NEIN
1) Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____	---	---
2) Art des ambulanten Eingriffes:		
3) Datum _____ und Dauer _____ Std des geplanten Eingriffes		
4) Art der Beatmung:		
Atemmaske	-	-
Kehlkopfmaske (Larynxmaske)	-	-
Beatmungsschlauch (Tubus)		
5) Beruf: _____		
6) Sind Sie aktuell in einer weiteren ärztlichen Behandlung Wenn ja wo:	Ja	Nein
7) Bestand in den letzten 4 Wochen ein Infekt (Magen / Darm, Atemwege, Harnwege etc?) Wenn ja was:	Ja	Nein
8) Besteht oder bestand eine Infektionskrankheit (TBC, HIV, Hepatitis, Hirnhautentzündung etc..) Wenn ja welche:	Ja	Nein
9) Werden Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel Marcumar, Aspirin; Schmerzmittel, Antidiabetika Metformin etc., Herz-/ Kreislaufmedi., Hormonpräp., Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Blutdrucksenker)? Wenn ja welche:	Ja	Nein
10) Besteht eine Allergie (z.B. Medikamente Antibiotika, Novalgin, Paracetamol, Betäubungsmittel, Röntgen-contrastmittel, Latex, Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster oder bestimmte, Kunststoffe)? Wenn ja welche:	Ja	Nein
11) Sind bei Ihnen schon Operationen durchgeführt worden? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
12) Wenn 12 Ja sind bei oder nach der OP Komplikationen aufgetreten? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
13) Sind bei Ihnen schon eine Betäubung durchgeführt worden? Narkose, Sedierung, Dämmerschlaf, Lachgas, örtliche Betäubung? Wenn ja welche	Ja	Nein
14) Wenn 13 Ja, sind dabei Komplikationen aufgetreten? Wenn ja, welche	Ja	Nein
15) Neigen Sie zu Übelkeit und oder Erbrechen?	Ja	Nein
16) Neigen Sie zu hohem Fieber bei bzw. nach der Narkose?	Ja	Nein
17) Ist bei Ihren Blutsverwandten ein hohes Fieber bei bzw. nach der Narkose aufgetreten?	Ja	Nein
18) Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion oder ähnliches bekommen?	Ja	Nein
19) Neigen Sie zu Blutungen (Nase, Zahnfleisch), nachbluten bei OP's oder bekommen sie leicht blaue Flecken?	Ja	Nein
20) Besteht oder bestand eine Gefäßerkrankung (Arteriosklerose, Krampfadern, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörung, Aneurysma, Verengung der Halsschlagader)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
21) Hatten Sie schon einmal einen Gefäßverschluss (Thrombose oder Embolie, Schlaganfall, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenfehler oder eine Herzmuskelentzündung)?	Ja	Nein
22) Haben Sie Atemnot beim Treppensteigen? Wenn ja ab wieviel Etagen oder Stufen:	Ja	Nein
23) Besteht oder bestand eine Erkrankung der Atemwege oder der Lunge (Lungenentzündung, Astma, Lungenblähung, oder eine chronische Bronchitis)? wenn ja, welche:	Ja	Nein
24) Haben Sie nächtliche Atemstörungen (schnarchen, Atemaussetzer Schlafapnoe)? Wenn ja, welche: besteht eine Therapie?	Ja	Nein
25) Besteht oder bestand bei Ihnen eine Zwerchfelllähmung?	Ja	Nein
26) Besteht oder bestand bei Ihnen eine Stimmbandlähmung?	Ja	Nein

27) Besteht oder bestand bei Ihnen eine Erkrankung des Verdauung Systems (Speiseröhre, Magen, Darm)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
28) Haben Sie Sodbrennen? Wenn ja, wie oft:	Ja	Nein
29) Haben Sie eine Refluxkrankheit?	Ja	Nein
30) Besteht oder bestand eine Erkrankung der oberen Bauchorgane (Leber, Hepatitis A/B/C, Leberzirrose, Fettleber, Gallensteine und oder Gallenkoliken, Gelbsucht, Pankreatitis)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
31) Besteht oder bestand eine Erkrankung oder Einschränkung der Niere und oder herabgleitende Organe (Nierensteine, Nierenfunktionsstörung, Fehlbildungen, Probleme bei dem Entleeren der Blase)?	Ja	Nein
32) Besteht eine Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Gicht)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
33) Besteht oder bestand eine Schilddrüsenerkrankung (Kropf, Morbus, Hashimoto)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
34) Besteht oder bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung (Muskelschwäche, Gelenke, Osteoporose, Osteomalazie)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
35) Besteht oder bestand eine Erkrankung des Nervensystems (Lähmungen, Gehstörungen, Krämpfe, Polyneuropathie, Schmerzen, Gefühlsstörungen)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
36) Besteht eine Augenerkrankung (grauer Star, grüner Star)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
37) Haben Sie weitere noch nicht aufgeführte Krankheiten (Wirbelsäule, Schultern, Arm, MS, RLS, etc..)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
38) Bestehen Besonderheiten bei Ihren Zähnen (lose, Prothese, Brücken, Kronen, etc..)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
39) Haben Sie Implantate im Körper (Herzschrittmacher, Herzklappe, künstliche Gelenke, Silikon oder Gel, Schienen, Versteifungen, etc..)? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
40) Haben Sie Totos oder Piercings? Wenn ja, wo:	Ja	Nein
41) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigarette pro Tag:	Ja	Nein
42) Trinken Sie regelmäßig / mehrmals pro Woche Alkohol? Wenn ja, was, wie oft und wie viel:	Ja	Nein
43) Nehmen Sie noch weitere Drogen (Cannabis, etc..)? Wenn ja, was, wie oft und wie viel:	Ja	Nein
44) Haben Sie eine Patientenverfügung, Betretungsverfügung oder ähnliches? Wenn ja, was:	Ja	Nein
45) Fingernägel / Nagellack Bitte kommen Sie zur OP mit je einem Finger pro Hand ohne Nagellack und oder Verlängerungen.	Ja	Nein
46) Könnten Sie schwanger sein (bitte berücksichtigen Sie, dass Verhütungsmethoden nicht 100% Schutz bieten)	Ja	Nein
47) Stillen Sie	Ja	Nein
48) Wer wird Sie nach dem Eingriff nach Hause / ins Hotel etc. bringen?		
49) Wo und wie sind Sie die ersten 24Std nach der OP zu erreichen? Wenn abweichend von Ihrer Wohnanschrift bitte hier die Adresse angeben:		
50) Wer betreut Sie die ersten 24Std nach der OP?		
51) Können Sie im Notfall innerhalb von 30min in eine Notfallpraxis oder Ambulanz gebracht werden?		
52) Vitamin C Gabe ggf. Labor Unverträglichkeit	Ja	Nein
53) pre OP Labor liegt vor / muss noch gemacht werden	Ja	Nein
54) Wann war Ihre letzte Impfung? Datum ___/___/20___ Planen Sie noch eine Impfung vor der OP?	Ja	Nein
55) Wer hat die Indikation zur Narkose für diese OP gestellt? (ggf. Begründung) Name des Arztes : _____		



Der Ablauf

1. OP Termin / Planung

2. Kontakt zum Anästhesisten +49-7221-8589828 oder per Mail praxis@tcm-schmerz.de

Online Termin unter <https://tcm-schmerz.arzttermin-buchen.de/>

3. Narkoseaufklärung min 24h vor der OP

- Falls vorhanden bringen Sie aktuelle Labore und ggf. EKG's mit.
- Narkosefragebogen / Gesundheitsstatus ausfüllen.
- Präoperative Diagnostik nach Erfoderniss, Ruhe EKG, Untersuchung und Labor.

(Kleines Blutbild mit Thrombozyten, Glukose, Kreatinin, GOT, GPT, GGT, Kalium, Natrium
Gerinnungsparameter Quick und PTT)

4. Vor der OP

Zur OP müssen Sie nüchtern sein

- Letzte kleine Mahlzeit darf mindestes 6 Stunden vor der OP eingenommen werden.
- innerhalb der **6 Stunden vor der OP:**
 - können Sie schluckweise Wasser ohne CO² trinken
 - Essen Sie nix, kauen kein Kaugummi, auch keine Bonbons ...
 - trinken Sie keine Getränke mit Kohlensäure
- innerhalb der **2 Stunden vor der OP:**
 - Essen & Trinken Sie nix, kauen kein Kaugummi, auch keine Bonbons ...
- nehmen Sie Ihre "normalen" medikamente nur nach Absprache mit dem Anästhesisten

5. Zur OP

- kommen Sie in bequemer Kleidung
- kommen Sie mit einer Begleitung, Sie dürfen 24h nach der OP nicht selber fahren
- nehmen Sie Ihre "normalen" Medikamente mit.

6. Die OP

- wir kümmern uns um Ihre Atmung, Puls, Blutdruck, ihre Schmerzen und einen angenehmen Schlaf
- wir können uns nicht um Ihren Mageninhalt kümmern => seien Sie nüchtern!

7. nach der OP

- wir betreuen Sie im Aufwachraum und versorgen Sie mit den notwendigen Medikamenten um Ihre Schmerzen zu lindern

8. nach ca. 30-90min können Sie normalerweise

die Praxis mit Ihrer Begleitperson verlassen

10. Sollten Sie gesundheitliche Probleme nach der OP haben stehen wir

Ihnen 24h (auch in der Nacht) unter dieser Telefonnummer

+49-7221-8589828

zur Verfügung.

Privatpraxis für Schmerztherapie und TCM
Olga Schiffer MSc, DESA
Fachärztin für Anästhesiologie,
Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin
und Akupunktur
MSc Interdisziplinäre Schmerzmedizin
(Medizinische Universität Wien)
Lange Strasse 34
76530 Baden-Baden
Praxis@TCM-Schmerz.de
+49-7221-8589828
<http://www.schmerztherapie-baden-baden.de/>

Praxis für Schmerztherapie & TCM
Olga Schiffer Msc
Lange Strasse 34
76530 Baden-Baden
+49-(0)7221-8589828

