Westend Medical Center MVZ
Grüneburgweg 16–18 · 60322 Frankfurt am Main
Fon 069 90 55 89 01 · Fax 069 90 55 89 03
info@op-frankfurt.de · www.op-frankfurt.de

Anästhesie-Fragebogen für Erwachsene

Für Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

Telefon

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Geplante Operation

OP-Datum TT.MM.JJJJ

Operateur

Hausärztin / Hausarzt

Herz und Kreislauf

Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?	◯ Nein	◯ Ja	Werte / Medikamente
Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Stent, Bypass, Herzschwäche)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie bei Belastung Schmerzen oder ein Engegefühl in der Brust?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Bekommen Sie beim Treppensteigen über zwei Stockwerke Atemnot oder müssen Sie Pausen machen?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie Herzrhythmusstörungen, einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Hatten Sie eine Thrombose, Lungenembolie, einen Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen?	◯ Nein	◯ Ja	Was / wann

Lunge und Atemwege

Haben Sie Asthma, eine chronische Bronchitis oder COPD?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Schnarchen Sie mit Atemaussetzern (Schlafapnoe) oder benutzen Sie nachts eine Atemmaske?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Husten, Schnupfen oder Fieber?	◯ Nein	◯ Ja	Wann / welche Beschwerden

Stoffwechsel und Organe

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	◯ Nein	◯ Ja	Tabletten / Insulin / Spritzen
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie eine Nierenerkrankung oder brauchen Sie eine Dialyse?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie eine Lebererkrankung (z. B. Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie häufig Sodbrennen oder Rückfluss von Mageninhalt (Reflux)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (z. B. Hepatitis B oder C, HIV, MRSA)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten

Nerven, Muskeln und Wirbelsäule

Haben Sie Epilepsie oder hatten Sie Krampfanfälle? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Haben Sie eine Nerven- oder Muskelerkrankung, Lähmungen, Taubheitsgefühle oder Kribbeln (besonders in Armen oder Beinen)? ◯ Nein ◯ Ja Wo / seit wann

Haben Sie Rückenbeschwerden, einen Bandscheibenvorfall oder wurden Sie an der Wirbelsäule operiert? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Haben Sie eine psychische Erkrankung (z. B. Depression, Angststörung)? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Blutgerinnung

Haben Sie häufig Nasen- oder Zahnfleischbluten oder bekommen Sie schnell blaue Flecken? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Hatten Sie nach Operationen oder nach dem Zahnziehen starke oder lange Nachblutungen? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Gibt es bei Blutsverwandten eine Blutgerinnungsstörung? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Medikamente

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Clopidogrel, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban, Dabigatran, Phenprocoumon, Heparin-Spritzen)? ◯ Nein ◯ Ja Welches / letzte Einnahme

Benutzen Sie Spritzen zum Abnehmen oder gegen Diabetes (z. B. Semaglutid, Tirzepatid, Liraglutid)? ◯ Nein ◯ Ja Welches / letzte Spritze

Nehmen Sie Hormonpräparate (z. B. „Pille“) oder Kortison? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel oder starke Schmerzmittel (Opioide)? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Nehmen Sie pflanzliche Mittel oder Nahrungsergänzungsmittel? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Medikament (Name)	Stärke	morgens	mittags	abends

Allergien

Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit gegen Medikamente (z. B. Antibiotika, Schmerzmittel, Betäubungsmittel)? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Reaktion

Sind Sie allergisch gegen Latex, Pflaster, Jod oder Desinfektionsmittel? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Haben Sie andere Allergien (z. B. Nahrungsmittel, Heuschnupfen)? ◯ Nein ◯ Ja Welche / Einzelheiten

Frühere Narkosen und Betäubungen

Hatten Sie schon einmal eine Narkose oder eine Teilbetäubung?	◯ Nein	◯ Ja	Wann / wofür
Gab es dabei Probleme (z. B. starke Übelkeit, Erbrechen, langsames Aufwachen, schwierige Beatmung)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Besitzen Sie einen Anästhesie-Ausweis? (Bitte mitbringen.)	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Gab es bei Blutsverwandten Zwischenfälle bei Narkosen (z. B. sehr hohes Fieber, verlängerte Muskelerschlaffung)?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten

Mund und Zähne

Haben Sie lockere Zähne, Kronen, Brücken oder Zahnimplantate?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Können Sie den Mund oder den Kopf nur eingeschränkt bewegen?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie Piercings? (Bitte vor der Operation entfernen.)	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten

Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?	◯ Nein	◯ Ja	Wie viel pro Tag
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	◯ Nein	◯ Ja	Wie viel
Nehmen Sie Drogen oder Cannabis?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten

Weitere Angaben

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Haben Sie Implantate oder Metallteile im Körper, Kontaktlinsen oder ein Hörgerät?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten
Lehnen Sie Bluttransfusionen ab?	◯ Nein	◯ Ja	Welche / Einzelheiten

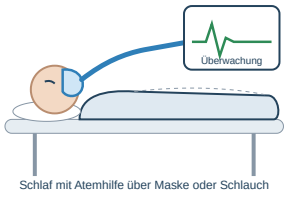
Bei ambulanter Operation: Wer holt Sie ab und ist in den ersten 24 Stunden bei Ihnen? (Name, Telefon)

Wichtig: Nüchtern zur Operation



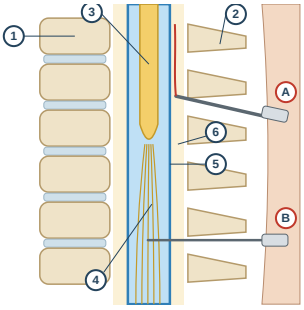
- **Ab 24:00 Uhr** am Vortag nichts mehr essen – auch keine Milch, keine Bonbons und kein Kaugummi.
- **Klares Wasser** ist bis **3 Stunden vor dem OP-Beginn** erlaubt, danach nichts mehr trinken.
- **Kein Kaffee** und auch kein Tee, Saft, Milch- oder Softgetränk – erlaubt ist nur klares Wasser.
- Medikamente am OP-Morgen nur nach Absprache mit uns – mit einem Schluck Wasser.
- Am OP-Tag bitte nicht rauchen. Schmuck, Piercings und Nagellack bitte vorher entfernen.
- Wenn Sie sich nicht an diese Regeln halten, muss die Operation zu Ihrer Sicherheit verschoben werden.
- Nach einer ambulanten Operation dürfen Sie 24 Stunden lang nicht selbst Auto fahren und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Mögliche Betäubungsverfahren



Allgemeinanästhesie (Narkose)

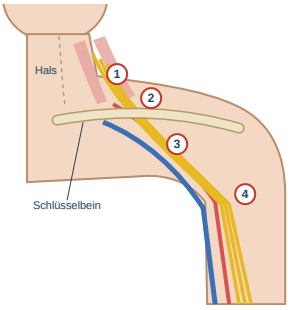
Sie schlafen tief und spüren nichts. Die Atmung wird über eine Maske oder einen Atemschlauch unterstützt und ständig überwacht.



Rückenmarksnahe Betäubung

Spinalanästhesie (B) oder Periduralanästhesie mit Katheter (A): Betäubung der unteren Körperhälfte durch eine Injektion im unteren Rücken. Sie können wach bleiben oder ein Schlafmittel erhalten.

A Periduralanästhesie: Nadel und dünner Katheter im Periduralraum
B Spinalanästhesie: feine Nadel bis ins Nervenwasser
1 Wirbelkörper
2 Dornfortsatz
3 Rückenmark (endet oberhalb der Einstichstelle)
4 Nervenwasser (Liquor) und Nervenfasern
5 Harte Rückenmarkshaut
6 Periduralraum



Betäubung des Arms (Plexusblockade)

Betäubung von Schulter, Arm oder Hand durch eine Injektion in die Nähe des Armnervengeflechts. Häufig zusammen mit einer Narkose; der Arm bleibt danach einige Stunden taub.

Gelb: Armnervengeflecht · rot: Arterie · blau: Vene
1 Interskalenär (seitlich am Hals) – v. a. Schulter und Oberarm
2 Supraklavikulär (über dem Schlüsselbein)
3 Infraklavikulär (unter dem Schlüsselbein)
4 Axillär (in der Achsel) – Unterarm und Hand
Alle Einstiche erfolgen unter Ultraschallsicht.

Welches Verfahren für Sie geeignet ist, besprechen wir mit Ihnen im persönlichen Aufklärungsgespräch.

Ihre Fragen an uns

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Vom Anästhesieteam auszufüllen

ASA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV **Mallampati:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Geplant: ☐ Allgemeinanästhesie ☐ Spinalanästhesie ☐ Periduralanästhesie ☐ Interskalenäre Blockade

☐ andere Blockade

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt