

| Zutreffendes bitte ankreuzen! | | 7 | | | Ja | Nein | Unbekannt |
|--|---|----------|--|--|-----------|-------------|------------------|
| 1. | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, insbesondere für Herz, Kreislauf, Blutdruck, Atmung, Diabetes, Blutgerinnung, Nieren, Rheuma, sowie Abführmittel oder Sonstiges? | | | | | | |
| 2. | Wie heißen diese Medikamente? | | | | | | |
| 3. | Haben Sie: | | | | | | |
| | Herzbeschwerden oder eine Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Herzfehler)? | | | | | | |
| | Atemnot beim Treppensteigen? | | | | | | |
| | Atemnot nachts? | | | | | | |
| | Beklemmungsgefühl? | | | | | | |
| | Unregelmäßigen Puls? | | | | | | |
| 4. | Haben Sie zu hohen Blutdruck? | | | | | | |
| 5. | Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | | | | | | |
| 6. | Haben oder hatten Sie eine Lungenerkrankung? | | | | | | |
| | Asthma? | | | | | | |
| | Lungen-Tbc? | | | | | | |
| 7. | Sind oder waren Sie zuckerkrank? | | | | | | |
| 8. | Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? | | | | | | |
| | Haben Sie verlängerte Blutung nach Zahntfernung oder nach einer Verletzung? | | | | | | |
| 9. | Leiden Sie an Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche? | | | | | | |
| 10. | Haben oder hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder (Lungen-) Embolie? | | | | | | |
| 11. | Hatten Sie allergische Reaktionen (Überempfindlichkeiten)? | | | | | | |
| | Wenn ja: wogegen: | | | | | | |
| 12. | Haben oder hatten Sie ein Leberleiden (z.B. Gelbsucht)? | | | | | | |
| 13. | Haben oder hatten Sie Krampfanfälle oder Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Depression)? | | | | | | |
| 14. | Haben oder hatten Sie Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)? | | | | | | |
| 15. | Zählen Sie alle früheren Operationen auf: | | | | | | |
| 16. | Haben Sie oder einer Ihrer Verwandten jemals eine Narkose nicht vertragen? | | | | | | |
| | Falls ja: welche Probleme traten hierbei auf? | | | | | | |
| 17. | Liegt eine Schwangerschaft vor? | | | | | | |
| 18. | Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? | | | | | | |
| | Wenn ja: mit welchem Ergebnis? | | | | | | |
| 19. | Rauchen Sie? | | | | | | |
| 20. | Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | | | | | | |
| 21. | Führen Sie bitte sonstige, bisher nicht erwähnte Besonderheiten auf, z.B. Drogenkonsum, Schlafapnoe | | | | | | |
| Größe: | | Gewicht: | | | | | |
| Ort: | | Datum: | | | | | |
| Unterschrift (ggf. des Sorgeberechtigten): | | | | | | | |