Praxis für Anästhesiologie · Dr. med. Markus Grabowski
Dompfaffenweg 14 · 59069 Hamm · Tel. 02385 4296466 · Mobil 0177 7796863 · Fax 02385 4296465

Anamnese- und Gesundheitsfragebogen

Bitte beide Seiten vollständig ausfüllen und zum Vorgespräch mitbringen. Ihre Angaben dienen Ihrer Sicherheit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gern.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon (für Rückfragen): _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Geplanter Eingriff: _____ OP-Datum: _____

Operateur / Klinik: _____

Vorerkrankungen

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen	Ja	Nein
Bluthochdruck	☐	☐
Herzerkrankung: Herzinfarkt, Angina pectoris, Stent oder Bypass-Operation	☐	☐
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder Herzklappenerkrankung	☐	☐
Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher oder Defibrillator (ICD)	☐	☐
Schlaganfall, Krampfanfälle oder andere Erkrankung des Nervensystems	☐	☐
Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD)	☐	☐
Schlafapnoe (nächtliche Atemaussetzer)	☐	☐
→ falls ja: Benutzen Sie nachts ein Atemgerät (CPAP)?	☐	☐
Lautes Schnarchen oder ausgeprägte Tagesmüdigkeit	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
Nieren- oder Lebererkrankung	☐	☐
Sodbrennen / Reflux	☐	☐
Erkältung, Infekt oder Fieber – aktuell oder in den letzten 4 Wochen	☐	☐
Blutungsneigung (z. B. blaue Flecken, Nachblutung nach OP oder Zahnbehandlung)	☐	☐

Besondere Medikamente

Nehmen Sie eines dieser Medikamente ein?	Ja	Nein
Blutverdünner: Gerinnungshemmer (z. B. Marcumar®, Eliquis®, Xarelto®, Lixiana®, Pradaxa®)	☐	☐
Blutverdünner: Plättchenhemmer (z. B. ASS, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor)	☐	☐
„Abnehmspritze“ / GLP-1- oder GLP-1/GIP-Präparat (z. B. Ozempic®, Wegovy®, Rybelsus®, Saxenda®, Victoza®, Trulicity®, Mounjaro®)	☐	☐
→ falls ja: Dosis in den letzten 4 Wochen erhöht oder Übelkeit / Völlegefühl?	☐	☐
Diabetes-Mittel: SGLT2-Hemmer (z. B. Jardiance®, Forxiga®, Synjardy®, Xigduo®)	☐	☐

Bei ambulanter Operation

Wer holt Sie ab? Name: _____ Telefon: _____

Ist in den ersten 24 Stunden eine erwachsene Person bei Ihnen? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte wenden →

Praxis für Anästhesiologie · Dr. med. Markus Grabowski
Dompfaffenweg 14 · 59069 Hamm · Tel. 02385 4296466 · Mobil 0177 7796863 · Fax 02385 4296465

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Allergien, Narkose und Schwangerschaft

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen	Ja	Nein	
Allergien (z. B. Medikamente, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel)	☐	☐	
Lockere Zähne, Zahnprothese oder Brücken	☐	☐	
Probleme bei früheren Narkosen (z. B. schwierige Intubation, starke Übelkeit, verzögertes Aufwachen)	☐	☐	
Narkosezwischenfälle bei Blutsverwandten (z. B. maligne Hyperthermie)	☐	☐	
Besteht eine Schwangerschaft oder ist sie möglich?	☐	☐	☐ entfällt

Alle aktuellen Medikamente (auch Spritzen, Sprays, pflanzliche Mittel – gern Plan beilegen)

Medikament	Stärke / Dosis	morgens	mittags	abends

Lebensgewohnheiten und Belastbarkeit

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen	Ja	Nein
Rauchen	☐	☐
Regelmäßiger Alkoholkonsum	☐	☐
Cannabis oder andere Drogen	☐	☐
Atemnot, Brustenge oder Pause nötig beim Steigen von 2 Stockwerken	☐	☐
Ungewollter Gewichtsverlust (mehr als 5 kg im letzten Jahr)	☐	☐
Stürze im letzten Jahr	☐	☐
Hilfe im Alltag nötig (z. B. Einkaufen, Körperpflege, Pflegedienst)	☐	☐

Erläuterungen zu „Ja“-Antworten

_____

_____

Einwilligung zur Befundanforderung

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für Anästhesiologie Dr. med. Markus Grabowski bei meiner Hausarztpraxis und meinen mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten die für meine Anästhesie erforderlichen Befunde anfordert und diese dorthin übermittelt werden. Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

☐ Ja ☐ Nein Hausarztpraxis: _____

_____ _____

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in