



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Angeh. \_\_\_\_\_

### Im Falle einer ambulanten Operation:

Leben Sie mit einer erwachsenen Person in einem Haushalt, die Sie abholen und über Nacht versorgen kann?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad?

1/2                      3                      4/5

Können Sie zwei Etagen Treppen steigen, ohne stehenzubleiben? ☐ Ja ☐ Nein

Treiben Sie Sport? Welchen? Wie häufig?

\_\_\_\_\_

Benötigen Sie Hilfsmittel?

(Rollstuhl, Rollator, Hörgeräte, Brille)

\_\_\_\_\_

Sind Sie schon mal operiert worden? Wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es damals operative Komplikationen?

(Abszesse, Wundheilungsstörungen,  
Lagerungsschäden, Blutungen)

\_\_\_\_\_

Gab es bei früheren Narkosen Besonderheiten oder Komplikationen?

(Übelkeit/Erbrechen, Kreislaufprobleme, Maligne Hyperthermie)

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Anästhesieausweis? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wieviel Alkohol trinken Sie innerhalb einer durchschnittlichen Woche (7d)? \_\_\_\_\_

Drogen? \_\_\_\_\_

Beruhigungs-/Schlafmittel? \_\_\_\_\_

Sind Infektionserkrankungen bekannt?

(HIV, Hepatitis, MRSA)

\_\_\_\_\_

### Sind Vorerkrankungen vorhanden?

#### Herz-/Gefäß-/Kreislaufkrankungen

☐ Bluthochdruck

☐ Verengungen der Herzkranzgefäße  
(KHK, Angina pectoris, Herzinfarkt)

☐ Herzrhythmusstörungen/Vorhofflimmern

☐ Erkrankungen der Herzklappen/Herzfehler

Gehen Sie regelmäßig zum Kardiologen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Durchblutungsstörungen (z.B. pAVK)

☐ Thrombosen/Embolien

#### Atemwegs-/Lungenerkrankungen

☐ Asthma ☐ chronische Bronchitis ☐ Emphysem,

☐ Lungenfibrose,

☐ Schlaf-Apnoe CPAP-Gerät vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Sind sie Raucher ☐ Ja ☐ Nein wie viel? \_\_\_\_\_

#### Speiseröhren-/Magen-/Darmerkrankungen

(Sodbrennen, Geschwüre, chronische Darmerkrankungen  
(Colitis))

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Lebererkrankungen

(Hepatitis, Leberzirrhose, Fettleber)

\_\_\_\_\_

#### Nierenerkrankungen

(Nierensteine, Niereninsuffizienz, erhöhte  
Kreatininwerte, Dialyse)

\_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit, (Diabetes mellitus),  
Schilddrüsenfunktionsstörungen, andere)

\_\_\_\_\_

**Nervenleiden/Muskelerkrankungen**

Krampfleiden (Epilepsie), Parkinson-Erkrankung, Multiple Sklerose, Lähmungen, Depressionen

Schlaganfall ☐ Ja ☐ Nein Wann? \_\_\_\_\_

Muskelerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein selbst/Familie? \_\_\_\_\_

**Skeletterkrankungen**

(Bandscheibenvorfall, Schulter-Arm-Syndrom)

**Andere wesentliche Erkrankungen:**

Tumor, Unfälle/Verletzungen, seltene Erkrankungen, Blutgerinnungsstörungen

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

(z.B. Nahrungsmittel, Latex, Pflaster, Jod, Kontrastmittel, Antibiotika) ☐ Ja ☐ Nein

**Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente ein? (ASS, Marcumar, Rivaroxaban, Clopidogrel, u.v.a.)

☐ Ja ☐ Nein

**Vom Arzt/Ärztin auszufüllen:**

OP-Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_

OP-Dauer: \_\_\_\_\_ min geplante Verweildauer: \_\_\_\_\_

ambulant durchführbar: ☐ stationär: ☐

Abrechnung: AOP ☐ hybride DRG ☐ aDRG ☐ ? unklar? ☐

**Kontextfaktoren:**

schwere Komorbiditäten: ☐

vorbestehende schwere Einschränkungen: ☐

aufwendige Eingriffe: ☐

V.a. Neoplasie/Malignität: ☐

Pflegegrad 4/5: ☐

Sozialdienst notwendig ☐