

Anamnese-Bogen

Ihre Gesundheit
- unsere Aufgabe



Krankenhäuser Buchholz und Winsen

Krankenhaus Buchholz und Winsen
gemeinnützige GmbH

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-/Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck
 Verengungen der Herzkranzgefäße
(KHK, Angina pectoris, Herzinfarkt)
 Herzrhythmusstörungen/Vorhofflimmern
 Erkrankungen der Herzkappen/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)

Allergien/Unverträglichkeiten:

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

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Andere wesentliche Erkrankungen:

Tumor, Unfälle/Verletzungen, seltene Erkrankungen, Blutgerinnungsstörungen

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

