

Anamnesebogen

Klinik für Operative Orthopädie, Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Klinik für Anästhesiologie

Bitte ausfüllen

Name:

geb. am:

Anschrift:

E-Mail:

Telefonnummer:

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und möglichst vollständig aus und bringen ihn an Ihrem ambulanten Vorbereitungstag mit.

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile entweder das Feld **ja ☐ oder **nein** ☐ an.**

Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag für Ihre bestmögliche Behandlung.

Bitte ergänzen Sie Ihre Angaben in den dafür vorgesehenen Freifeldern. Sind mehrere Auswahlmöglichkeiten in einer Zeile aufgeführt unterstreichen Sie bitte die zutreffende.

Es steht Ihnen frei, nichts anzukreuzen bzw. keine Angaben zu machen, wenn Sie sich zu einer Frage aus persönlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt äußern möchten. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile.

Wenn Sie regelmäßig Medikamente, insbesondere Gerinnungshemmer (z.B. Marcumar, Falithrom, Xarelto, Lixiana, Pradaxa, Aspirin, Clopidogrel, Prasugrel o.ä.), Schmerzmittel, Antidiabetika, Herz-Kreislaufmedikamente inkl. blutdrucksenkende Mittel, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen:

Fordern Sie bitte Ihren aktuellen Bundeseinheitlichen Medikationsplan (**BMP**) von Ihrem behandelnden Arzt an und bringen diesen mit.

Sollten Ihnen **Befunde** zu bereits vorliegenden Erkrankungen, Untersuchungen sowie Krankenhausaufenthalten vorliegen, bringen Sie diese bitte an Ihrem ambulanten Vorbereitungstag mit.

Allgemein

A1 Beruf

letzte ausgeübte Berufe _____ ja ☐ nein ☐

Altersrente ja ☐ nein ☐

Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ja ☐ nein ☐

A2 Häusliche Versorgung:

Ich kann mich nach einer OP selbst versorgen ja ☐ nein ☐

A3 Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten:

Medikamente (z.B. Novalgin, Penicillin, Heparin, Narkosemittel) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?: _____

Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt) ja ☐ nein ☐

Knochenzement ja ☐ nein ☐

Desinfektionsmittel ja ☐ nein ☐

Latex ja ☐ nein ☐

Iod ja ☐ nein ☐

Allergischer Schock/ Zwischenfall in der Vergangenheit ja ☐ nein ☐

Wenn ja, auf was? _____

sonstige Allergien oder Unverträglichkeiten: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, was?: _____

A4 Genussmittel/ Rauschmittel:

Trinken sie mehrmals pro Woche Alkohol? ja ☐ nein ☐

Rauchen Sie Zigaretten/ Tabakprodukte/ E-Zigaretten? ja ☐ nein ☐

ex Raucher ☐ von ☐ Jahr bis ☐ Jahr

Drogenkonsum (auch früher) ja ☐ nein ☐

A5 Zahnstatus:

Bestehen Zahnprobleme wie z.B. Parodontitis, Zahnfleischbluten, lockere/ abgebrochene Zähne, Vereiterungen/ Abszesse)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, was?: _____

Besteht Zahnersatz? ja ☐ nein ☐

herausnehmbarer Zahnersatz ☐ fester Zahnersatz ☐

A6 Befinden sich körperfremde Gegenstände an/ in Ihrem Körper?

künstliche Herzklappen ja ☐ nein ☐

Herzschrittmacher, Defibrillator, Event-Recorder ja ☐ nein ☐

Gelenkersatz ja ☐ nein ☐

Pumpen/ Elektrostimulator ja ☐ nein ☐

Stents ja ☐ nein ☐

Tätowierungen/ Piercings ja ☐ nein ☐

A7 Zusatzfrage bei Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein? ja ☐ nein ☐
Stillen Sie? ja ☐ nein ☐

A8 körperliche Leistungsfähigkeit:

Tritt Atemnot beim Treppensteigen auf? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, nach wie vielen Stufen müssen Sie stehen bleiben?  Stufen
Sind Sie in der Lage Tätigkeiten wie zügiges Gehen, Staubsaugen oder
Radfahren ohne Einschränkungen auszuführen? ja ☐ nein ☐

A9 Gibt es einen medizinischen Ausweis

ja ☐ nein ☐

z.B. Prothesen-/ Implantatepass, Allergiepass, Anästhesieausweis,
Schrittmacherausweis, Notfallausweis, Diabetikerausweis)?

Wenn ja, welchen? **(bitte mitbringen)**

A10 Haben Sie Vorsorgeregungen getroffen (bitte mitbringen)?

ja ☐ nein ☐

Patientenverfügung ☐ Betreuungsverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐

Bitte prüfen Sie die Aktualität dieser Vorsorgeregung!

Operationen

O1 Operationen am geplanten Gelenk

(zum Beispiel: Gelenkspiegelung, Knochenbruchversorgung, Kreuzbandersatz, Umstellungsosteotomie etc.):

Wann? Monat/Jahr	Was?
Bei fehlendem Platz bitte Extrablatt beifügen	

O2 Alle anderen Operationen

(zum Beispiel: Darm-Operation, Gallenblasen-Operation, Herzklappenersatz, Knochenbruchversorgung, Stent-Implantationen, Tumor-Operationen etc.):

Wann? Monat/Jahr	Was?
Bei fehlendem Platz bitte Extrablatt beifügen	

Bei fehlendem Platz bitte Extrablatt beifügen

O3 Traten Komplikationen bei den Operationen auf? ja ☐ nein ☐
Welche? _____

O4 Wurde schon einmal eine Betäubung durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Vorerkrankungen

(Operationen bitte oben eintragen)

V1 Besteht/ Bestand eine Erkrankung am Bewegungsapparat?

Verletzungen (z.B. Brüche, Bänderrisse/ Sehnenrisse, Verrenkungen) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Fehlstellungen, Versteifungen Was? _____	ja ☐	nein ☐
Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Rachitis, M. Paget) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Gelenkverschleiß/ Arthrose an einem anderen Gelenk Wo? _____	ja ☐	nein ☐
Schultererkrankungen (z.B. Schulter-Arm-Syndrom, Impingement-Syndrom, Rotatorenmanschettenriss, Kalkschulter, Frozen-Shoulder) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Hüfterkrankungen (z.B. Hüftdysplasie, Hüftkopfnekrose, M. Perthes, Epiphysiolysis capitis femoris/ ECF) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Knieerkrankungen (z.B. Kreuzbandriss, Meniskusriss, M. Ahlbäck, Knopelschaden, Patellaluxation) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Entzündungen (z.B. Gelenkinfektion, Weichteilinfekt, Abszess) Was? _____	ja ☐	nein ☐
Weichteilbruch/ Hernie (z.B. Leistenbruch, Narbenbruch) Was? _____	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

Wirbelsäulenerkrankungen:

Bandscheibenvorfall (Wenn ja, wo?: _____)	OP ☐	ja ☐	nein ☐
Spinalkanalstenose (Wenn ja, wo?: _____)	OP ☐	ja ☐	nein ☐
Skoliose		ja ☐	nein ☐
chronische Rückenschmerzen		ja ☐	nein ☐
sonstige: _____		ja ☐	nein ☐

V2 Besteht/ Bestand eine Herzerkrankung?

Herzinfarkt, Verengung der Herzkranzgefäße/ Koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris	ja ☐	nein ☐
Herzschwäche/ Herzinsuffizienz	ja ☐	nein ☐
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, AV-Block)	ja ☐	nein ☐
Träger Herzschrittmacher, Defibrillator	ja ☐	nein ☐
Herzfehler, Klappenfehler, Herzklappenersatz	ja ☐	nein ☐
Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V3	Besteht/ Bestand eine Kreislauf-/ Gefäßerkrankung?	
	Bluthochdruck (Hypertonie)	ja ☐ nein ☐
	Durchblutungsstörungen/Gefäßverkalkung (z.B. Schaufensterkrankheit (pAVK), Verengung der Halsschlagadern (Carotisstenose))	ja ☐ nein ☐
	Hirnschlag/Schlaganfall (Apoplex), TIA (transitorische ischämische Attacke)	ja ☐ nein ☐
	Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/ Embolie)	ja ☐ nein ☐
	Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/ Embolie/ Lungenarterien-Embolie (LAE)	ja ☐ nein ☐
	Gefäßaussackung (z.B. Aortenaneurysma)	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐
V4	Besteht/ Bestand eine Lungen-/Atemwegserkrankung?	
	Asthma	ja ☐ nein ☐
	Chronische Bronchitis (COPD), Lungenblähung (Lungenemphysem)	ja ☐ nein ☐
	Schlafapnoe/ Schlafaussetzer/ OSAS mit Maske ☐ ohne Maske ☐	ja ☐ nein ☐
	Heiserkeit (z.B. bei Stimmbandlähmung)/ Kehlkopferkrankung	ja ☐ nein ☐
	Zwerchfelllähmung	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐
V5	Besteht/ Bestand eine Leber-/ Gallenerkrankung?	
	Fettleber	ja ☐ nein ☐
	Leberverhärtung/ Leberzirrhose	ja ☐ nein ☐
	Hepatitis/ Gelbsucht/ Ikterus/ Entzündung Gallenwege	ja ☐ nein ☐
	Bauchspeichendrüsenentzündung (Pankreatitis)	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐
V6	Besteht/ Bestand eine Erkrankung im Verdauungstrakt?	
	Magengeschwüre (Ulcus), Zwölffingerdarmgeschwüre	ja ☐ nein ☐
	regelmäßig Sodbrennen/ Refluxkrankheit/ Hiatushernie	ja ☐ nein ☐
	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z.B. M. Crohn, Colitis Ulcerosa)	ja ☐ nein ☐
	Stuhlinkontinenz	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐
V7	Besteht/ Bestand eine Nieren-/Harnwegserkrankung?	
	Nierenentzündung, Nierensteine, chronischer Harnwegsinfekt	ja ☐ nein ☐
	Nierenschwäche/ Niereninsuffizienz/ Dialysebehandlung	ja ☐ nein ☐
	Blasenschwäche (Harninkontinenz), Blasenentleerungsstörungen	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐
V8	Besteht/ Bestand eine Stoffwechselerkrankung?	
	erhöhter Blutzucker/ Zuckerkrankheit/ Diabetes Mellitus (Typ I, Typ II)	ja ☐ nein ☐
	erhöhte Blutfette (Hypercholesterinämie, Hyperlipoproteinämie)	ja ☐ nein ☐
	erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht	ja ☐ nein ☐
	Übergewicht/ Adipositas	ja ☐ nein ☐
	sonstige: _____	ja ☐ nein ☐

V9 Besteht/ Bestand eine Schilddrüsenerkrankung?

Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), Struma	ja ☐	nein ☐
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)	ja ☐	nein ☐
Autoimmunerkrankung der Schilddrüse	ja ☐	nein ☐
z.B. Hashimoto Tyreoiditis ☐ M. Basedow ☐ andere ☐		
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V10 Besteht/ Bestand eine andere Drüsenerkrankung?

Nebenniereninsuffizienz (M. Addison)	ja ☐	nein ☐
Cushing Syndrom (Hyperkortisolismus)	ja ☐	nein ☐
Hyperparathyreoidismus	ja ☐	nein ☐
Hypophysenadenom	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V11 Besteht/ Bestand eine Bluterkrankung/ Knochenmarkserkrankung?

Blutarmut (Anämie)	ja ☐	nein ☐
Blutkrebs (z.B. Leukämie)	ja ☐	nein ☐
Blutplättchenabfall nach Heparin-gabe (HIT/ Heparin induzierte Thrombopenie)	ja ☐	nein ☐
Knochenmarkskrebs (z.B. Multiples Myelom/ Plasmozytom)	ja ☐	nein ☐
Verminderung der weißen Blutkörperchen (Agranulozytose)	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V12 Besteht/ Bestand eine Blutungsneigung/ Blutgerinnungsstörung?

Wurde jemals bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Blutgerinnungsstörung festgestellt?	ja ☐	nein ☐
z.B. Bluterkrankheit (Hämophilie)	☐	
Verminderung der Blutplättchen (Thrombozytopenie)	☐	
Willebrand-Jürgens-Syndrom	☐	
Faktorenmangelkrankung	☐	
Faktor-V-Leiden-Mutation	☐	
Thrombophilie	☐	
sonstige: _____	☐	
Gibt es Blutsverwandte mit Blutungsneigung?	ja ☐	nein ☐
Beobachten Sie folgende Blutungsarten auch ohne erkennbaren Grund?	ja ☐	nein ☐
Nasenbluten (ohne Ursachen wie Schnupfen/Nasenputzen)	☐	
Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen an der Haut oder am Körperstamm ohne sich anzustoßen?	☐	
Blutung in ein Gelenk/ Weichteile/ Muskel auch ohne Trauma	☐	
Beobachten Sie längeres Bluten (mehr als 5 Minuten) bei Schnittwunden/ Verletzungen?	ja ☐	nein ☐
Gab es in der Vorgeschichte längeres/ verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	ja ☐	nein ☐
Kam es während/ nach einer OP zu einer verstärkten Blutung?	ja ☐	nein ☐
Besteht eine Neigung zur Wundheilungsstörung (nässende/ klaffende Wunden, Narben-, Keloidbildung)?	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

Zusatzfragen bei Frauen:

Sind/ waren Ihre Regelblutungen verlängert (mehr als 7 Tage) oder verstärkt (häufiger Wechsel von Tampons/ Binden)? ja ☐ nein ☐

Kam es im Rahmen einer Schwangerschaft/ Geburt zu Blutungskomplikationen und/ oder Fehlgeburt? ja ☐ nein ☐

Blutübertragung/ Transfusion:

Ist schon einmal eine Übertragung von Blut/ Blutbestandteilen (Transfusion) erfolgt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja: Traten Komplikationen auf? ja ☐ nein ☐

Sind bei Ihnen schon einmal Antikörper gegen fremde Blutgruppenmerkmale (irreguläre Antikörper) nachgewiesen worden? ja ☐ nein ☐

V13 Besteht/ Bestand eine rheumatische Erkrankung?

Psoriasis (Haut und/ oder Gelenke) ja ☐ nein ☐

Rheumatoide Arthritis ja ☐ nein ☐

M. Bechterew ja ☐ nein ☐

Weichteilrheuma/ Muskelrheuma, Fibromyalgie ja ☐ nein ☐

sonstige: _____ ja ☐ nein ☐

V14 Besteht/ Bestand eine Muskelerkrankung /Bindegewebserkrankung?

Marfan-Syndrom ja ☐ nein ☐

Myasthenie/ Myasthenia gravis ja ☐ nein ☐

angeborene Muskelerkrankung/ Muskelschwund: _____ ja ☐ nein ☐

angeborene Muskelerkrankung bei Blutsverwandten? ja ☐ nein ☐

Wurde eine erbliche Veranlagung zu hohem Fieber und Muskelsteife bei/ nach einer Narkose (maligne Hyperthermie) festgestellt? ja ☐ nein ☐

Wurde bei Blutsverwandten eine erbliche Veranlagung zur malignen Hyperthermie festgestellt? ja ☐ nein ☐

sonstige: _____ ja ☐ nein ☐

V15 Besteht/ Bestand ein Nervenleiden?

Krampfleiden/ Epilepsie ja ☐ nein ☐

Schüttellähmung/ M. Parkinson ja ☐ nein ☐

Multiple Sklerose (MS) ja ☐ nein ☐

Polyneuropathie (PNP), Restless-Legs-Syndrom (RLS) ja ☐ nein ☐

Lähmungen, Halbseitenlähmung (Hemiparese), Taubheit

Wo?: _____ ja ☐ nein ☐

Chronische Schmerzen, Migräne ja ☐ nein ☐

sonstige: _____ ja ☐ nein ☐

V16 Besteht/ Bestand ein Gemütsleiden?

Depression, Bipolare Störung ja ☐ nein ☐

Schizophrenie, Psychose, Hirnorganisches Psychosyndrom ja ☐ nein ☐

Bipolare Störung ja ☐ nein ☐

Intelligenzminderung/ geistige Einschränkung ja ☐ nein ☐

sonstige: _____ ja ☐ nein ☐

V17 Besteht/ Bestand eine Augen-/ Ohrenerkrankung?

Sehschwäche, Blindheit	ja ☐	nein ☐
grüner Star/ Glaukom	ja ☐	nein ☐
Schwerhörigkeit, Taubheit	ja ☐	nein ☐
Gleichgewichtsstörung/ Schwindel	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V18 Besteht/ Bestand eine Infektionserkrankung?

HIV/AIDS	ja ☐	nein ☐
Hepatitis A/B/C/D (unterstreichen)	ausgeheilt ☐	aktiv ☐
Tuberkulose	ausgeheilt ☐	aktiv ☐
Borreliose	ausgeheilt ☐	aktiv ☐
Nachweis von multiresistenten Erregern („Krankenhauskeime“)	ja ☐	nein ☐
wenn ja, welche (z.B. MRSA, MRGN) _____		
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V19 Besteht/ Bestand eine Erkrankung des Immunsystems?

Immunschwäche/ Immundefekt	ja ☐	nein ☐
Immunglobulin-A-Mangel	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V20 Besteht/ Bestand eine Hauterkrankung?

schwere Akne	ja ☐	nein ☐
chronische Wunden / Geschwüre (Ulcerationen)	ja ☐	nein ☐
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐

V21 Besteht/ Bestand eine Tumorerkrankung?

Wo? _____ Wann? _____	Chemo ☐	Bestrahlung ☐	Op ☐
Wo? _____ Wann? _____	Chemo ☐	Bestrahlung ☐	Op ☐
Wo? _____ Wann? _____	Chemo ☐	Bestrahlung ☐	Op ☐
Lymphknotenentfernung (z.B. bei Mammakarzinom)	ja ☐	nein ☐	
Hormontherapie	ja ☐	nein ☐	
sonstige: _____	ja ☐	nein ☐	

V22 Besteht/ Bestand eine bisher nicht genannte Erkrankung:

_____	ja ☐	nein ☐

Datum, Unterschrift Patient
 Ohne Unterschrift kann eine Bearbeitung nicht
 erfolgen