

**Ergänzende Fragen zur OP-Vorbereitung des\*der Patient\*in**

*Bitte übermitteln Sie uns aktuelle Befunde sowie Arztberichte!*

**Vor- und Nachname des\*der Patient\*in (bitte in Druckbuchstaben eintragen):**

\_\_\_\_\_

| <b>Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen.<br/>Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden. Wir helfen Ihnen gerne!</b>  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht eine Herzerkrankung und/oder wurde bereits eine OP am Herzen durchgeführt?<br>Wenn ja, wann und weshalb fand der Eingriff statt?<br>_____<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Findet eine laufende, kardiologische Behandlung statt oder sind regelmäßige Kontrollen erforderlich?<br>Wenn ja, weshalb? _____<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine Neigung zu Infekten der Atemwege und/oder ist eine Behandlung/Kontrolle bei einem Lungenfacharzt notwendig?<br>Wenn ja, in welcher Form? _____<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gibt es einen Familienangehörigen (Blutsverwandschaft), welcher an einer erblichen, fortschreitenden Muskelerkrankung leidet und/oder daran verstorben ist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besteht eine unklare Muskelschwäche/Muskelerkrankung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt?<br>Wenn ja, weshalb? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kommen bzw. kamen epileptische Anfälle vor und werden deshalb Medikamente eingenommen?<br>Ist die Epilepsie „stabil“ eingestellt, nicht besser therapierbar oder ist eine medikamentöse Umstellung geplant? _____<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gab es nach oder bei einer früheren Narkose bereits Komplikationen?<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gibt es für Sie bzw. für Ihr Kind einen Narkoseausweis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. War bisher (auch nach kleineren operativen Eingriffen) eine intensivmedizinische Versorgung notwendig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ist in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) jemand bei einer Narkose/OP verstorben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |