

# Maligne Hyperthermie

Diagnostik Zentrum  
Departement Anästhesiologie  
Universitätsspital Basel

Tel: +41 61 265 77 77  
Fax: +41 61 265 37 02  
Email: martine.singer@unibas.ch

Aerztliche Leitung: PD Dr. med. O. Bandschapp  
Prof. Th. Girard  
Administration: Martine Singer

## Fragebogen: Abklärung auf Maligne Hyperthermie Empfindlichkeit

*Achtung: Damit die Abrechnung korrekt erfolgen kann, müssen alle Fragen beantwortet werden  
(Ausnahme Natel-Nr).*

Name .....	Ledigname .....
Vorname .....	Geburtsdatum .....
Strasse .....	.....
PLZ .....	Ort .....
Zivilstand .....	.....
Tel. privat .....	Tel. Gesch .....
Tel. mobil .....	Email .....
Heimatort .....	Heimatort der Eltern .....
Arbeitgeber .....	.....
Krankenkasse .....	Sektion .....
VersicherungsNr. ....	.....
Hausarzt Name .....	Hausarzt PLZ/Ort .....
Hausarzt Adresse .....	Hausarzt Tel. Nr. ....

---

**Welches ist der Grund für eine Abklärung auf Maligne Hyperthermie:**

- Sie haben selber ein verdächtiges Ereignis gehabt.
- Maligne Hyperthermie in der Familie

Haben Sie schon eine Narkose gehabt?  Ja  Nein

Falls ja, bitte nähere Angaben:

Art der Operation:                      In welchem Spital:                      Wann:

Sind bei ihnen während oder nach einer Narkose Probleme aufgetreten?  Ja  Nein  
Falls ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  Ja  Nein  
Falls ja, welche?

Wieviele Geschwister haben Sie?      Schwestern,      Brüder  
Leben noch alle?  
Wenn nein, woran sind sie verstorben?

Wieviele Kinder haben Sie?

Name:      Genaues Geburtsdatum:

Leben noch alle?       Ja       Nein  
Wenn nein, woran sind sie verstorben?

Sind bei einer Person in Ihrer Verwandtschaft spezielle  
Narkoseprobleme aufgetreten?       Ja       Nein

Falls ja, bei wem (Verwandtschaftsgrad, Name) und welche Probleme?

Sind bei Ihnen, Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern  
Muskelerkrankungen bekannt?       Ja       Nein

Falls ja, welche und bei wem?

### **Ihr Gesundheitszustand**

- Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein
- Leiden Sie an einer Einschränkung der Nierenfunktion?  Ja  Nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?  
(zum Beispiel Marcoumar, Sintrom, Plavix)  Ja  Nein
- Nehmen Sie Medikamente wegen zu hohem Blutdruck ein?  Ja  Nein
- Ist bei Ihnen eine Herz- oder Herzklappen Erkrankung bekannt?  Ja  Nein
- Haben Sie Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris) oder  
haben Sie je einen Herzinfarkt gehabt?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Atemnot, wenn Sie 2 Stockwerke hochsteigen  
ohne anzuhalten?  Ja  Nein
- Wurden Sie an Herz oder Lungen operiert oder ist eine solche Operation  
geplant (inkl. Herzschrittmacher, Herzkatheter)  Ja  Nein
- Leiden Sie an einer Lungenerkrankung?  Ja  Nein
- Haben Sie Allergien?  
(falls ja, welche? \_\_\_\_\_)  Ja  Nein
- Haben Sie eine eingeschränkte Muskelkraft?  
Falls ja, wo?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?  Ja  Nein

*Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zurück an:*  
Schweiz. Maligne Hyperthermie Diagnostik Zentrum  
Frau Martine Singer,  
DBM/ZLF L 408  
Hebelstrasse 20  
4031 Basel

(oder via email an:  
martine.singer@unibas.ch