

Gesundheitsfragebogen für Erwachsene

Personalien

Name und Vorname

Geburtsdatum

Strasse und Nummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefonnummer

Grösse und Gewicht

Hausarzt

Operationstermin und Klinik

Operateur

Gesundheitsfragen

Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie die letzten 14 Tage eine Erkältung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was und wann?		
Gab es Probleme mit der Narkose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Wurde Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile verabreicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppen hochsteigen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden oder litten Sie jemals unter (bitte zutreffendes unterstreichen): Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler Angina pectoris, zu hoher oder niedriger Blutdruck oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gefässe: Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Schlaganfall oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwege / Lunge: Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, TBC, Schlaf-Apnoe- Syndrom oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber: Gelbsucht, Fettleber, Gallensteine, oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Krankheit: HIV, Hepatitis, etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niere: Erhöhte Nierenwerte, Nierensteine, Nierenentzündung oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Speiseröhre, Magen, Darm: Verengung, Geschwür Refluxkrankheit, Sodbrennen oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder 2), Gicht oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Skelettsystem: Gelenkserkrankungen, Rücken- und Bandscheibenprobleme oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nerven, Gemüt: Krampfanfälle, Depressionen, Lähmungen oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augen: Grüner Star, grauer Star, Kontaktlinsen oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blut: Gerinnungsstörungen, häufiges Nasenbluten, leicht blaue Flecken oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankungen (auch bei Blutsverwandten) oder andere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Erkrankungen oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lockere Zähne, Karies?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was, und wie viel pro Tag?		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was, und wie viel pro Tag/Woche?		
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche, und wie oft?		

Besonderes, Sonstiges

Bestätigung und Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich das Dokument «Merkblatt ambulante Anästhesie» gelesen und verstanden habe und werde die darin enthaltenen Empfehlungen und Verordnungen befolgen. Mit der Unterschrift bestätige ich zugleich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient*in (oder gesetzliche Vertretung)

Bitte retournieren Sie den Anamnesebogen ausgefüllt und signiert per Post oder Mail an Traumarkose.