

Gesundheitsfragebogen für Erwachsene

Personalien

Name und Vorname

Geburtsdatum

Strasse und Nummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefonnummer

Hausarzt

Operationstermin und Klinik

Operateur

Gesundheitsfragen

Fühlen Sie sich gesund?

☐ nein

☐ ja

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Hatten Sie die letzten 14 Tage eine Erkältung?

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie Medikamente?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Grösse und Gewicht

Leiden Sie an Allergien

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, was und wann?

Gab es Probleme mit der Narkose?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Können Sie problemlos, ohne Unterbruch 2 Stockwerke Treppen hochsteigen?

☐ nein

☐ ja

Leiden oder litten Sie jemals unter (bitte zutreffendes unterstreichen):
Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler Angina pectoris, zu hoher oder niedriger Blutdruck oder andere?

☐ ja

☐ nein

Gefässe: Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Schlaganfall oder andere?

☐ ja

☐ nein

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