

Patientenkleber klein

## Anästhesie Fragebogen

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### OPERATION

Welche Operation ist bei Ihnen geplant?

OP-Datum

Welche/r Ärztin/Arzt operiert Sie?

Hausärztin/arzt Name:

Hausärztin/arzt Adresse & E-Mailadresse:

Wurden Sie bereits operiert?

Was: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Was: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Was: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Anästhesieart (falls bekannt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANÄSTHESIE

Ja Nein

Hatten Sie mit der Anästhesie Probleme?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Blutsverwandten Probleme mit der Anästhesie?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE

Ja Nein

Nehmen Sie derzeit regelmässig Medikamente ein?

Name, Dosierung:

Wann? (Mo Mi Ab)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bitte beachten Sie Seite 2)

## FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

### LEIDEN SIE AN DEN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN ODER SYMPTOMEN

Ja      Nein

1. Herz Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzklappen, Herzinsuffizienz (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Interventionen am Herz, Herzschrittmacher, Defibrillator)
2. Herzrhythmusstörungen
3. hoher Blutdruck (auch wenn mit Medikamenten gut eingestellt)
4. Schlaganfall
5. Lunge/Atemwege (Asthma mit regelmässiger Medikamenteneinnahme, COPD, Heimsauerstoff)
6. Schlafapnoesyndrom (CPAP Gerät?)
7. Blutgerinnungsstörung, Thrombose und/oder Lungenembolie
8. Bluterkrankungen; Blutarmut (Anämie)
9. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
10. Nierenerkrankung
11. Lebererkrankung Hepatitis, Zirrhose, Funktionsstörung
12. Zuckerkrankheit/Diabetes mit/ohne Insulinbehandlung
13. Stoffwechsel- und/oder Magenerkrankung  
Schilddrüsenumstörung, Gicht, saures Aufstossen (Reflux)
14. Erkrankungen des Nervensystems, psychische Erkrankung  
(z. B. Depression, Epilepsie, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose)
15. Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?
16. Muskelerkrankung
17. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Erkrankung?  
An welcher? \_\_\_\_\_
18. Haben Sie Allergien?  
Auf was? \_\_\_\_\_
19. Trinken Sie regelmässig Alkohol?  
Was? \_\_\_\_\_
20. Rauchen Sie?  
Wenn ja wie viel? \_\_\_\_\_
21. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
22. Haben Sie eine Patientenverfügung (Wenn ja, bitte bringen sie diese zur Sprechstunde mit)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu aus und senden Sie den Fragebogen an [empfang@obach.ch](mailto:empfang@obach.ch) oder per Post an die Klinik! Vielen Dank.