

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?

Anästhesieart (falls bekannt)

Was: _____	Wann: _____	_____
Was: _____	Wann: _____	_____
Was: _____	Wann: _____	_____

### 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**  
Schilddrüsenfunktionsstö-rung, Gicht, saures Aufstossen (Reflux)
14. **Erkrankungen des Nervensystems, psychische Erkrankung**  
(z.B. De-pression, 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.