

Patientenkleber klein

Anästhesie Fragebogen

PATIENT

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:

Wurden Sie bereits operiert?

Anästhesieart (falls bekannt)

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

ANÄSTHESIE

Hatten Sie mit der Anästhesie Probleme?

Ja Nein

☐ ☐

Wenn ja welche? _____

Gab es bei Blutsverwandten Probleme mit der Anästhesie?

☐ ☐

Wenn ja welche? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie derzeit regelmässig Medikamente ein?

Ja Nein

☐ ☐

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, Herz-schrittmacher, 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 senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an empfang@obach.ch oder per Post an die Klinik.
Vielen Dank!

 Senden