

## Fragebogen zum Gesundheitszustand und zur Narkoseplanung

Name, Vorname: .....		
Geburtsdatum: .....		
Beruf: .....	Gewicht: .....	Grösse: .....

Damit Ihr behandelnder Arzt/respektive Ihr Narkosearzt Sie kompetent und individuell beraten kann, muss er über Ihre medizinische Vorgeschichte und die Medikamente, welche Sie aktuell einnehmen, informiert sein.

**Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen.**

Allenfalls kann Ihnen Ihr Hausarzt dabei behilflich sein. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Sprechstunde mit.

1. Fitness: Können Sie ohne Pause und ohne Atemnot 2 Etagen Treppe steigen?  ja  nein

**Sind bei Ihnen aktuell oder in der Vorgeschichte Erkrankungen folgender Organsysteme bekannt?**

2. Herz: Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris), Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, unregelmässiger Puls, Herzklappenerkrankungen?  ja  nein

3. Wurden Sie an Herz oder Lungen operiert oder ist eine solche Operation vorgesehen (inkl. Herzschrittmacher, Herzkatheter)?  ja  nein

4. Kreislauf: zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Gefässerkrankungen?  ja  nein

5. Lunge: Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung (COPD, Asthma, Schlafapnoe?) bekannt?  ja  nein

6. Stoffwechsel: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Schilddrüsenenerkrankungen (Über-/Unterfunktion?), Fettstoffwechselstörung?  ja  nein

7. Niere: Einschränkung der Nierenfunktion oder Nierensteine bekannt?  ja  nein

8. Leber: Gelbsucht, Hepatitis?  ja  nein

9. Magen-/Darmtrakt: saures Aufstossen, Erbrechen, Magengeschwür?  ja  nein

10. Bewegungsapparat: Wirbelsäulen-/Gelenkbeschwerden, Gefühlsstörungen?  ja  nein  
Lähmungen?

11. Neurologie/Psychie: Epilepsie, andere neurologische Erkrankungen, Depression?  ja  nein

12. Gerinnung: Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?  ja  nein  
Thrombose, Embolie oder verstärkte Blutungsneigung?  ja  nein

13. Noxen:  
Nikotin: Rauchen Sie?  ja  nein

Alkohol: Trinken Sie regelmässig Alkohol?  ja  nein

Drogen: Konsumieren Sie Drogen?  ja  nein

14. Allergien/Unverträglichkeit: Leiden Sie unter Heuschnupfen, Nesselfieber?  ja  nein

Sind Reaktionen auf Medikamente, Desinfektionsmittel, Pflaster oder Latex bekannt?

Wenn ja, welche?: .....

15. Zahnersatz: Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  ja  nein

16. Schwangerschaft: Sind Sie möglicherweise schwanger? Stillen Sie?  ja  nein

17. Narkose: Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?  ja  nein

**Sind Sie bereits operiert worden oder waren Sie aufgrund medizinischer Probleme schon einmal im Spital?**

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten?

ja  nein

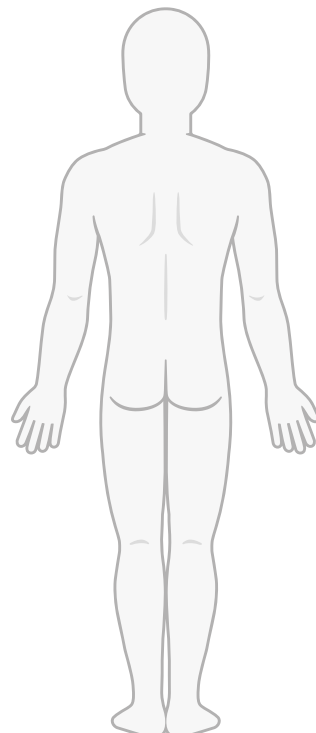
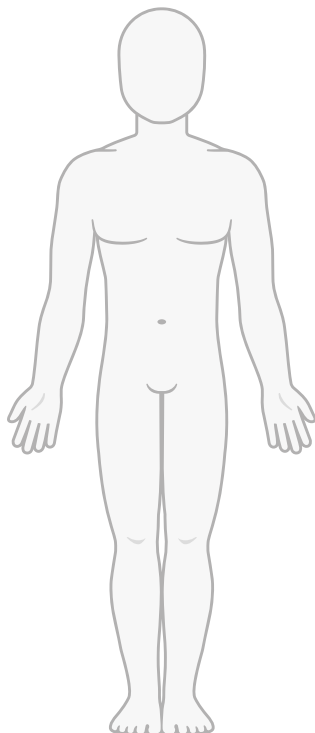
Videos zu unseren Anästhesieverfahren gesehen?

ja  nein

## Operationen

Bitte führen Sie hier sämtliche (soweit bekannt) bereits durchgeführte Operationen auf, bzw. zeichnen Sie im Körperschema (s. unten) eventuell vorhandene Narben ein.

Monat / Jahr	Operation	Spital (Ort)





# Ihre Erreichbarkeit

Festnetznummer: .....

Handynummer: .....

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Patienten/in:

.....

.....

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die  
Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten  
HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist.  
Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit  
ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen  
oder auf dem Postweg versendet werden.