

Gesundheitsfragebogen

für Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name:		Vorname(n):	
Strasse:		PLZ, Wohnort:	
Telefon privat:		Telefon Geschäft:	
Mobile:	E-Mail-Adresse:		
Geburtsdatum:	Grösse	cm	Gewicht kg
Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)			
Wer soll im Notfall informiert werden (Name, Telefonnummer)			

Geplante Operation / Behandlung

Was wird operiert?	Datum:
Wer wird Sie operieren / behandeln?	

Frühere Operationen keine

Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?

Frühere Anästhesien / Narkosen keine

Welche Anästhesieverfahren wurden bei Ihnen schon angewendet? <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Teilanästhesie			
Sind dabei Probleme / Komplikationen aufgetreten? Wenn ja, welche?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Frieren / Kältezittern	<input type="checkbox"/> Anhaltender Schwindel	<input type="checkbox"/> Atembeschwerden
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hörprobleme	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> Lähmungen
Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?			

Gesundheitszustand

Leiden oder litten Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Erkrankung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen (unregelmässiger Puls, Vorhofflimmern etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung der Herzklappen oder der Hauptschlagader (Aorta)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (Lungenembolie, Asthma, Bronchitis, Emphysem)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall, "Streifung" (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gerinnungsstörung (Thrombose, blaue Flecken, erhöhte Blutungsneigung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankung (saures Aufstossen, Sodbrennen, häufiges Erbrechen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Operation zur Gewichtsreduktion durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Wenn ja: <input type="checkbox"/> mit Insulin <input type="checkbox"/> ohne Insulin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankung des Blutes (Anämie (Blutarmut), Leukämie u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung ("Gelbsucht" (Hepatitis), Leberzirrhose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsen- und andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (Migraine, Epilepsie, Multiple Sklerose, M. Parkinson)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augenerkrankung (grauer Star, grüner Star (Glaukom), Pupillendifferenz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gemütsleiden (Depression u. a.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien <input type="checkbox"/> Ja, welche		<input type="checkbox"/> Nein

Leistungsfähigkeit

Können Sie ohne Atemnot zwei Stockwerke Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie gelegentlich ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie "blutverdünnende" Medikamente (Gerinnungshemmer)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie regelmässig?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja, wie oft, wieviel?	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen oder nahmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Zahnersatz (Stiftzähne, Brücken, Prothesen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie Piercings?	<input type="checkbox"/> Ja, wo?	<input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Ja Nein

Welches?	Welches?
Welches?	Welches?

Wenn ja, legen Sie ggf. bitte eine detaillierte Liste bei.

