

Gesundheitsfragebogen

für Menschen mit Einschränkungen

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name:		Geschlecht:	
Vorname:		<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> anderes
Geburtsdatum:	Grösse	cm	Gewicht kg
Wer ist der Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)			
Wer soll im Notfall informiert werden (Name, Telefonnummer)			

Wohnheim / Betreuer(in) des Patienten

Heim:	
Strasse:	PLZ, Wohnort:
Name, Vornamen Betreuer(in):	
Telefon Heim:	Mobile:

Eltern / Erziehungsberechtigte / Beistand / Vormund des Patienten

Name, Vornamen:	
Strasse:	PLZ, Wohnort:
Telefon privat:	Telefon Geschäft:
Mobile:	E-Mail-Adresse:

Geplante Operation / Behandlung

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

Frühere Operationen / Behandlungen in Narkose keine

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

Frühere Anästhesien / Narkosen keine

Sind dabei Probleme / Komplikationen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Sind in der Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		

Grundleiden / Ursache für die Einschränkungen

Genetische oder chromosomale Ursache	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sauerstoffmangel während der Geburt / "cerebrale Lähmung"	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zustand nach Schädel-Hirntrauma oder Hirnhautentzündung (Meningitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (Epilepsie, Multiple Sklerose, M. Parkinson)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall, "Streifung" (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Demenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welches?		

Gesundheitszustand

Leidet oder litt der Patient an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herz-Rhythmusstörungen, Herzklappenveränderung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (Lungenembolie, Asthma, Bronchitis, Emphysem)	<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
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
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche?		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche?		

Benötigt der Patient regelmässig Medikamente? Ja Nein

Welches?	Welches?
Welches?	Welches?
Welches?	Welches?

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

Hilfsmittel

Benötigt der Patient einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trägt der Patient eine Brille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt der Patient ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trägt der Patient einen Zahnersatz? (Prothese, Brücke, Stiftzähne)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kooperationsfähigkeit

Ist der Patient soweit kooperationsfähig, dass die Einleitung der Narkose ohne grösseren Widerstand möglich sein sollte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt der Patient allenfalls vorgängig ein Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein