

Fragebogen zum Gesundheitszustand

PATIENTENDATEN		
Name, Vorname:	Adresse:	Beruf:
Geburtsdatum:	E-Mail:	Telefon:

Grösse:	Gewicht:
---------	----------

Was wird operiert?	OP-Datum:
--------------------	-----------

FRÜHERE OPERATIONEN		
Welche? Wann?		
Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit der Narkose? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

HAUSARZT	
Name:	Telefon:
Adresse:	E-Mail:

LEISTUNGSFÄHIGKEIT		
Können Sie ohne Pause 2 Stockwerke Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal ein Druckgefühl/Schmerzen in der Brust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie im Alltag Luftnot?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

GESUNDHEITSFRAGEN			
Bestand oder besteht bei Ihnen Folgendes?			
Herz	Erkrankungen der Herzkranzgefässe (Herzinfarkt, Angina pectoris, koronare Herzkrankheit KHK)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzinsuffizienz (Herzschwäche)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tragen Sie einen Herzschrittmacher (PM)/Defibrillator (ICD)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerinnung	Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen, erhöhte Blutungsneigung (z.B. Nachblutung nach Operationen, häufiges Nasenbluten, verlängerte Menstruation)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Aspirin, Plavix, Marcoumar, Xarelto, Eliquis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

BITTE WENDEN



DT_SPB_6

Blut	Ist bei Ihnen eine Blutarmut (Anämie) bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge	Lungenerkrankungen, z.B. obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, COPD?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niere	Nierenerkrankungen, z.B. Niereninsuffizienz (Nierenschwäche, Nierenversagen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	Insulinpflichtige Zuckerkrankheit (IDDM)? - Wenn ja: Tragen Sie eine Insulinpumpe? Nicht-Insulinpflichtige Zuckerkrankheit (NIDDM)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Neurologie	Schlaganfall (Hirnfarkt oder Hirnblutung), Epilepsie, Lähmungen, multiple Sklerose (MS), Parkinson?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskeln	Muskelerkrankung (z.B. Myopathie, Muskeldystrophie) bei Ihnen oder Blutsverwandten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis, Leberzirrhose (Schrumpfleber)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen	Magengeschwür, saures Aufstossen, Magenbypass/Magenband?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel	Schilddrüsenerkrankung (Über-, Unterfunktion), hohe Cholesterinwerte, hohe Harnsäurewerte (Gicht)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orientierung	Gedächtnisstörung, Demenz, Verwirrtheit; schwere Hör- / Sehbehinderung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psyche	Psychiatrische Erkrankungen, z.B. Depression, Schizophrenie, Angststörung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislauf	Hoher Blutdruck (bitte auch ja ankreuzen, wenn gut eingestellt)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

SONSTIGES			
Allergien	Haben Sie Allergien, z.B. Medikamente, Jod, Latex, Nickel? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft/ Stillen	Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnstatus	Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie lockere oder defekte Zähne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nikotin	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol	Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogen	Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	Haben Sie eine Patientenverfügung (wenn ja, bitte Kopie mitschicken)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutprodukte	Würden Sie bei lebensbedrohlichen Blutungen lebensrettende Blutprodukte akzeptieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebsbehandlung	Werden/wurden Sie wegen einer Krebserkrankung behandelt? Wenn ja, welches Organ ist/war betroffen? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

MEDIKAMENTE (oder Liste mitschicken)	mg	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Ort, Datum:	Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in:
--------------------	--