

Gesundheitsfragebogen

Angaben zur Operation			
Operation		OP Datum	
Operateur		OP Dauer	
Patientendaten			
Name	Vorname	Männlich Weiblich	Geburtsdatum
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon Fixnet		Telefon Mobil	
E-Mail		AHV-Nr.	
Bei minderjährigen Kindern: Name und Vorname der Eltern			
Gesetzlicher Vormund: Name und Telefonnummer			
Hausarzt: Name, Adresse und Telefonnummer			
Ich verstehe Deutsch (wenn nein, bitte Dolmetscher mitbringen)			
Ich habe eine Patientenverfügung (bitte mitnehmen)			
Ich habe Verfügungen zu einer Wiederbelebung (bitte mitnehmen)			
Grösse		Gewicht	
Allergien Unverträglichkeiten			
Waren Sie in den letzten Wochen in ärztlicher Behandlung? Falls ja weshalb?		JA	NEIN
Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja was?		JA	NEIN
Liegt ein Geburtsgebrechen oder eine Behinderung vor? Falls ja was?		JA	NEIN
Kam es bei einer Anästhesie zu besonderen Vorkommnissen? Falls ja welche?		JA	NEIN
Litten Sie nach einer Narkose an Übelkeit / Erbrechen?		JA	NEIN
Kam es bei einer Narkose bei Verwandten zu besonderen Vorkommnissen? Falls ja welche?		JA	NEIN
Sind Sie erkältet oder haben Fieber?		JA	NEIN
Leiden Sie an einer anderen Infektion? HIV Hepatitis Falls ja welche?		JA	NEIN
Bekamen Sie schon einmal eine Bluttransfusion?		JA	NEIN
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?		JA	NEIN
Können Sie ohne Anhalten 2 Stockwerke Treppensteigen?		JA	NEIN
Herz-Kreislauf-Erkrankung: Hoher Blutdruck Herzkranzgefässe Herzklappen Rhythmusstörungen Anderes:		JA	NEIN

Gesundheitsfragebogen

Blutgefäss-Erkrankung: Krampfadern Thrombosen Schlaganfall	JA	NEIN
Gerinnungsstörungen	JA	NEIN
Lunge & Atemwege: Asthma chronische Bronchitis Schlaf Apnoe Falls ja → haben Sie ein CPAP-Gerät? Ja Nein	JA	NEIN
Leber: Hepatitis anderes:	JA	NEIN
Magen-Darm oder Speiseröhre: Reflux/saures Aufstossen Anderes:	JA	NEIN
Nieren: Erhöhte Nierenwerte? Anderes:	JA	NEIN
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit insulinpflichtig Diät/Medikamente Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion	JA	NEIN
Muskelkrankheiten:	JA	NEIN
Skelettsystem: Gelenkserkrankungen oder Probleme mit der Halswirbelsäule	JA	NEIN
Nervensystem: Krampfanfälle (Epilepsie) Migräne Depression	JA	NEIN
Tragen Sie eine Zahnprothese oder haben Sie lockere Zähne?	JA	NEIN
Konsumieren Sie regelmässig Alkohol oder Nikotin?	JA	NEIN
Konsumieren Sie Drogen?	JA	NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Falls ja welche?	JA	NEIN
Nehmen Sie andere Medikamente? Falls ja welche?	JA	NEIN
Bemerkungen		

Datum:

Unterschrift: (nicht erforderlich bei direktem E-Mail-Versand)

Beachten Sie bitte auch unsere Patientenaufklärungs-Unterlagen unter:

<https://narkose.ch/informationsbroschueren/>

Ich bestätige, dass ich dieses Formular zur Erfassung meiner medizinischen Vorgeschichte nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt sowie die Broschüren gelesen und verstanden habe.

Bitte senden Sie uns dieses Formular

- Via E-Mail: info-winterthur@narkose.ch (HIN-geschützte Adresse)
- Per Post an: Einsatzplanung narkose.ch, Riedhofstr. 67, 8408 Winterthur

