

Angaben zur Operation (durch Operateur auszufüllen)		
Operation:	Spezielles:	
Operateur:	Op.-Dauer:	Op.-Datum:

Angaben zum Debitor (durch Klinik / Praxis / Operateur auszufüllen)		
Krankenkasse <input type="checkbox"/>	SUVA / IV / MV <input type="checkbox"/>	IV: Bitte Verfügung oder Verfügungsnummer und IV – Nummer beilegen
Selbstzahler <input type="checkbox"/>	Pauschale <input type="checkbox"/>	SUVA: Bitte Unfalldatum angeben

Angaben zur Person (durch den Patienten auszufüllen) oder Patienten-Kleber			
Name:	Vorname:	Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ / Ort:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
Erreichbarkeit: Zeit:	Natel:	Tel. privat:	Tel. geschäftlich:
Name / Vorname der Eltern (bei Kindern als Patient):			Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Name, Adresse der gesetzlichen Vertretung / Vormund / Pflegeheim:			
Tel.-Nr.:			
Name, Adresse des Hausarztes:			
Tel.-Nr.:			

Sprechen / Verstehen Sie Deutsch? **ja** **nein**

Welche der nachfolgenden Erkrankungen / Zustände treffen bei Ihnen zu? (bitte ankreuzen und näher bezeichnen)	ja	nein
Herzleiden (Herzschwäche, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Stent, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenleiden (Asthma, Bronchitis, Lungenembolie, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgefässerkrankung (Hirnschlag, Gefässverschluss, Thrombose, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestörte Blutgerinnung (Blutungsneigung, häufiges Nasenbluten, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnung (Aspirin, Plavix, Marcumar, Sintrom, Xarelto, Heparin-Spritzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung (erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Leberverhärtung, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden, Erkrankung des Gehirns (Epilepsie, Muskelschwäche, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie (Medikamente, Gummi / Latex, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen weitere, oben nicht aufgeführte Erkrankungen / Geburtsgebrechen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten im Zusammenhang mit einer Narkose jemals schwerwiegende Probleme aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie ohne Atemnot 2 Stockwerke Treppen steigen und flach liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie Alkohol ein? Wenn ja, wie viel?		
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche und wie oft?		

Ihre Bemerkungen:

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

Datum: Unterschrift:

⇒ Fax 052 320 01 21