

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

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

Angaben zur Person (durch den Patienten auszufüllen) oder Patienten-Kleber			
Name:	Vorname:	Geschlecht: w m	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 m
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)		
Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, andere)		
Lungenleiden (Asthma, Bronchitis, Lungenembolie, andere)		
Blutgefässerkrankung (Hirnschlag, Gefässverschluss, Thrombose, andere)		
Gestörte Blutgerinnung (Blutungsneigung, häufiges Nasenbluten, andere)		
Blutverdünnung (Aspirin, Plavix, Marcumar, Sintrom, Xarelto, Heparin-Spritzen)		
Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, andere)		
Nierenerkrankung (erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, andere)		
Lebererkrankung (Gelbsucht, Leberverhärtung, andere)		
Nervenleiden, Erkrankung des Gehirns (Epilepsie, Muskelschwäche, andere)		
Allergie (Medikamente, Gummi / Latex, andere)		
Bestehen weitere, oben nicht aufgeführte Erkrankungen / Geburtsgebrechen? Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten im Zusammenhang mit einer Narkose jemals schwerwiegende Probleme aufgetreten?		
Können Sie ohne Atemnot 2 Stockwerke Treppen steigen und flach liegen?		
Benötigen Sie einen Rollstuhl?		
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.