

Angaben zur Operation (Ausfüllen durch Operateur / Praxis)			
Operation	OP Dauer	Min	OP Datum
Operateur			

Angaben zum Debitor (Ausfüllen durch Operateur / Praxis)		
<input type="checkbox"/> KK	<input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV	IV: Bitte IV-Nr. und Verfügung / Verfügungs-Nr. angeben
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Pauschale	SUVA: Bitte Unfalldatum angeben

Angaben zum Patienten (Ausfüllen durch Patient)			
Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
.....	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Strasse	Ort / PLZ		
.....		
Tel G	Tel P	Mobile	
.....	
E-Mail		AHV Nr.	
Name und Vorname der Eltern wenn Pat. minderjährig			
.....			
Name und Adresse der gesetzlichen Vertretung (Vormund)			
.....			
Telefon			
.....			
Name und Adresse des Hausarztes			
.....			
Verstehen Sie deutsch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → bitte nehmen Sie eine deutsch sprechende Begleitung mit			
Haben Sie eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → bitte nehmen sie diese am OP-Tag mit			

Angaben zum Gesundheitszustand (Ausfüllen durch Patient ev. mit Arzt vor dem Gespräch mit dem Anästhesiearzt)	
Grösse cm	Gewicht kg
Waren Sie in den letzten Wochen in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja weshalb	
Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja was?	
Kam es bei einer Narkose oder Regionalanästhesie zu besonderen Vorkommnissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja welche?	
Litten Sie nach einer Narkose an Übelkeit / Erbrechen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kam es bei einer Narkose bei Verwandten zu besonderen Vorkommnissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja welche?	
Sind Sie erkältet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer anderen Infektion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja welche?	
Bekamen Sie schon einmal eine Bluttransfusion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Könnte eine Schwangerschaft bestehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Gesundheitszustand, organspezifisch (Ausfüllen durch Patient ev. mit Arzt vor dem Gespräch mit dem Anästhesiearzt)	
Können Sie ohne Anhalten 2 Stockwerke Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung: Hoher Blutdruck? Herzkranzgefässe? Herzklappen? Rhythmusstörungen? Anderes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgefäss-Erkrankung: Krampfadern? Thrombosen? Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lunge & Atemwege: Asthma oder chronische Bronchitis? Schlaf Apnoe? Falls ja → haben Sie eine CPAP-Gerät? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leber: Hepatitis anderes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm oder Speiseröhre: Reflux/saures Aufstossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nieren: Erhöhte Nierenwerte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelkrankheiten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Skelettsystem: Gelenkserkrankungen oder Probleme mit der Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervensystem: Krampfanfälle (Epilepsie) Migräne oder Depression	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien: <input type="checkbox"/> ja → welche bitte Ausweis mitbringen	
Unverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja → welche	
Tragen Sie eine Zahnprothese oder haben Sie lockere Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Konsumieren Sie regelmässig Alkohol oder Nikotin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Konsumieren Sie Drogen?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Bemerkungen	

Angaben zur Medikamenteneinnahme (Ausfüllen durch Patient ev. mit Arzt vor dem Gespräch mit dem Anästhesiearzt)	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente Falls ja welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie andere Medikamente Falls ja welche ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	
.....	

Beachten Sie bitte auch unsere Patientenaufklärungs-Unterlagen

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.
habe.

Datum: Unterschrift: