

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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	→ Bringen Sie bitte eine deutsch sprechende Begleitperson mit
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---

Angaben zur Gesundheit (durch den Patienten vor dem Aufklärungsgespräch auszufüllen)

	ja	nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Weswegen?		
Besteht zur Zeit eine Erkältung?		
Traten in den letzten vier Wochen Durchfall und / oder Erbrechen auf?		
Liegt eine andere Infektion vor?		
Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? Zum Beispiel Aspirin, Marcoumar oder:		
Nehmen Sie andere Medikamente ein? Zum Beispiel Blutdruck-, Herzmedikamente, Schmerzmittel, Antidiabetika, Psychopharmaka oder:		
Wurden Sie schon einmal operiert? Bitte Eingriff und Jahr angeben:		
Litten Sie nach einer Operation an Übelkeit und Erbrechen?		
Sind Beschwerden nach einer früheren Narkose, Regionalanästhesie oder örtlichen Betäubung aufgetreten? Welche:		
Traten bei Ihnen oder Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?		
Wurden Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile (Transfusion) übertragen? Wenn ja, wann? Gab es dabei Komplikationen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Für Patientinnen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?		
Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppensteigen? Wenn nein, warum?		

Patient: Vorname / Nachname / Jahrgang	Operateur	OP-Datum
---	--------------------	-------------------

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen davon?

	ja	nein
Herz / Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger Blutdruck? oder:		
Blutgefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall? oder:		
Atemwege / Lungen: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Schlaf-Apnoe-Syndrom? oder:		
Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine? oder:		
Nieren: Nierensteine, Nierenentzündung, erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht? oder:		
Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Verengung, Sodbrennen, Refluxkrankheit? oder:		
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht? oder:		
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf? oder:		
Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- / Bandscheibenbeschwerden? oder:		
Nerven, Gemüt: Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen, häufige Kopfschmerzen? oder:		
Augen: Grüner / Grauer Star, Tragen Sie Kontaktlinsen? oder:		
Blut: Blutgerinnungsstörung (auch bei Blutsverwandten), häufiges Nasenbluten? oder:		
Muskulatur: Muskelschwäche, Muskelerkrankung (auch bei Blutsverwandten)? oder:		
Allergien / Überempfindlichkeiten: Medikamente, Iod, Pflaster, Gummiartikel (Latex), Nahrung? oder:		
Andere Erkrankungen oder Einschränkungen?		
Chronische Schmerzen?		
Lockere Zähne / Karies / Tragen Sie eine Zahnprothese?		
Schwerhörigkeit / Tragen Sie ein Hörgerät?		
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?		
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?		
Wie häufig?		
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, was und wieviel pro Tag?		
Wie häufig?		
Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?		
Wie häufig?		

Bitte beachten Sie unbedingt unser Formular «Informationen zur Anästhesie»

Ihre Bemerkungen:

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

Datum: Unterschrift: ➔ info-winterthur@narkose.ch