

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation in Narkose geplant. Um Sie mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt betreuen zu können, benötigen wir genaue Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Danke, dass Sie diesen Fragenbogen sorgfältig ausfüllen und uns zurückschicken.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Telefon:	Grösse:	Gewicht:
Hausarzt / Hausärztin (Name, Ort, Telefonnummer):			

GEPLANTE BEHANDLUNG / OPERATION

	Eingriffsdatum:
--	-----------------

FRÜHERE BEHANDLUNGEN / OPERATIONEN

	JA	NEIN
Hatten Sie bereits eine Narkose? Wenn ja, was für eine Narkose? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es bei früheren Narkosen Probleme? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Narkose? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHR AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Bestand oder besteht bei Ihnen eine der folgenden Gesundheitsprobleme?

	JA	NEIN
Fühlen Sie sich aktuell gesund und leistungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie mühelos (ohne Atemnot) im Treppenhaus 2 Etagen hochsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck (auch JA ankreuzen, wenn mit Medikamenten gut eingestellt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzleiden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Herzklappenerkrankung, Zustand nach Herzoperation, Zustand nach Reanimation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, Schrittmacher, Defibrillator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässerkrankungen (Venenleiden, Zustand nach Thrombose / Lungenembolie, Arterielle Verschlusskrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, Heimsauerstoff)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)? Wenn ja, haben Sie ein Therapiegerät? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Cholesterin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Erkrankungen des Blutes oder der Blutgerinnung (z.B. Leukämie, Blutarmut, häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken oder Hautblutungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenprobleme (z.B. Magenbrennen, Reflux, Magenbypass, Magenband)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Parkinson, Zustand nach Schlaganfall, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen (z.B. Muskelschwäche, Muskeldystrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Ängste, Panikattacken, Burnout, ADHS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien und Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____ (Falls Allergiepass vorhanden, bitte diesen am Narkosetag mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie weitere Medikamente regelmässig ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft und wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEMERKUNGEN / FRAGEN

Bitte teilen Sie uns mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand während der Zeit bis hin zur Operation ändern sollte (z.B. Erkältungen, Fieber, neue Medikamente etc.).

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular bis spätestens 5 Tage vor dem geplanten Eingriff an folgende Adresse:

Homburg Anästhesie, Wright-Strasse 7, 8152 Opfikon, oder per Email an: info@homburg-anaesthesie.ch