

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen Gesundheit

Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm

Fühlen Sie sich gesund? Wenn nein, weshalb nicht? ja nein

Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was, wann? ja nein

Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten? (z.B. Übelkeit, Erbrechen) ja nein

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen? ja nein

Sind Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? Wenn ja: welche? ja nein

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen davon:

Herzerkrankungen? z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, ja nein

Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher

Kreislauf- und Gefäss-Erkrankungen? z.B. Durchblutungsstörungen, ja nein

Thrombosen, hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall

Lungen- und Atemwegserkrankungen? z.B. chronische Bronchitis, Husten, Auswurf, ja nein

Asthma, Lungenentzündung, Tbc

Magen-/Darmerkrankungen? z.B. Sodbrennen, saures Aufstossen ja nein

Nierenerkrankungen? z.B. Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht ja nein

Lebererkrankungen? z.B. Gelbsucht, Hepatitis ja nein

Stoffwechselerkrankungen? z.B. Diabetes ja nein

Schilddrüsenenerkrankungen? z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf ja nein

Nervenleiden, Gemütererkrankungen? z.B. Epilepsie, Lähmungen, Gefühlstörungen, Depression ja nein

Erkrankungen des Bewegungsapparates? z.B. Rückenprobleme, Muskelschwäche ja nein

Störung der Blutgerinnung? (z.B. häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach OP) ja nein

Andere Erkrankungen oder Behinderungen? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja: was und wieviel pro Tag? ja nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja: was und wieviel pro Tag? ja nein

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja: was und wieviel pro Tag? ja nein

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Notfallkontakt

1. Kontaktperson inkl. Tel.

2. Kontaktperson inkl. Tel.

.....

.....

.....

.....

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____