



**Bitte Fragebogen rasch zurücksenden:**

- Via DocBox
- Mail an: [patientendisposition.aarau@hirslanden.ch](mailto:patientendisposition.aarau@hirslanden.ch)
- Per Post an: **Hirslanden Klinik Aarau**  
**Patientendisposition**  
**Schänisweg**  
**5001 Aarau**  
**T +41 62 836 70 15**

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Telefon	
Adresse	Mobile	
PLZ/Ort	E-Mail-Adresse	
Beruf	Körpergrösse (cm)	Gewicht (kg)
Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon, Mail)?		

## GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert?	Datum:
Welcher Arzt operiert Sie?	

## FRÜHERE OPERATIONEN

Welche? Wann?
Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit der Narkose? Wenn ja, welche?

## GESUNDHEITZUSTAND

**Bestand oder besteht bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Probleme?**

Erkrankungen der Herzkranzgefässe (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen der Herzklappen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck (bitte auch ankreuzen, wenn medikamentös gut eingestellt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenembolie und/oder Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Nachblutung nach Zahnbehandlung, Operation, Menstruation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Anämie (Blutarmut) bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Insulinpflichtige Zuckerkrankheit (Insulinpumpe ja / nein?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nicht insulinpflichtige Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z.B. Reflux, Magenbrennen, Magenbypass, Magenband)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankung (z.B. Schilddrüse, Cholesterin, Harnsäure)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, Neurostimulator)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwere Muskelerkrankung (z.B. Myopathie, Muskeldystrophie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Panikattacken, Burnout)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe (Bitte bringen Sie Ihr Therapiegerät in die Klinik mit!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie oder Unverträglichkeit (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Können Sie ohne Atemnot eine Etage Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### ALLGEMEINE FRAGEN

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie werden oder wurden wegen einer Krebserkrankung behandelt? An welchem Organ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Würden Sie bei lebensbedrohlichen Blutungen lebensrettende Blutprodukte ablehnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wie viel pro Tag: <span style="float: right;">Wie viele Jahre:</span>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie lockere oder defekte Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\* Steht der operative Eingriff mit der Schwangerschaft in Zusammenhang (z.B. Sectio caesarea, Abort-Curettage, Cerclage), entfällt der Hausarztbericht. Bitte legen Sie stattdessen verfügbare gynäkologische Berichte und Befunde (Labor usw.) bei.

### BEMERKUNGEN

### MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Wann nehmen Sie sie ein?

Medikament	mg	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Datum	Unterschrift
-------	--------------

- Eine Abklärung beim Hausarzt ist zwingend notwendig, falls:
- mindestens 1 rotes Feld oder 2 blaue Felder angekreuzt sind,
  - der Patient älter als 65 Jahre ist,
  - der Eingriff zur Risikoklasse B oder C gehört.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Gesundheits-Fragebogens wenden Sie sich bitte an:

Hirslanden Klinik Aarau  
Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Schänisweg  
5001 Aarau  
T +41 62 836 71 50  
aaa@hirslanden.ch