



BC\_e-2 OP – Einwilligung



ST\_15 – ANA Fragebogen

# GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

## 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?         | OP-Datum: |
| Welcher Arzt operiert Sie? |           |

## FRÜHERE OPERATIONEN

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Welche? Wann?   |                             |                               |
| Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit der Narkose? Wenn ja, welche?  |                             |                               |
| Trat bei Ihnen in der Vergangenheit nach einer Operation oder infolge einer schweren Erkrankung ein akuter Verwirrheitszustand (Delir) auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## 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 |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gedächtnisstörung, dementielle Entwicklung; Verwirrtheit; schwere Seh- oder Hörbehinderung | <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 zwei Etagen 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?<br>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 |

### BEMERKUNGEN

### MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Wann nehmen Sie sie ein?

| Medikament | mg | Morgen | Mittag | Abend | Nacht |
|------------|----|--------|--------|-------|-------|
|            |    |        |        |       |       |
|            |    |        |        |       |       |
|            |    |        |        |       |       |
|            |    |        |        |       |       |
|            |    |        |        |       |       |
|            |    |        |        |       |       |

|       |              |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|

Bei Fragen zum Ausfüllen des Gesundheits-Fragebogens wenden Sie sich bitte an:  
 pas.stephanshorn@hirslanden.ch oder T: +41 71 282 77 17.  
 Bitte den Fragebogen an pas.stephanshorn@hirslanden.ch vor der Sprechstunde zurücksenden.