



BC_e-2 OP – Einwilligung



ST_82 – Gesundheitsfragebogen

Bitte Fragebogen rasch zurücksenden:
 - Via DocBox
 - Mail an 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 (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 (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 (Bringen Sie ihr Therapiegerät in die Klinik mit!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergie oder Unverträglichkeit (wenn ja, welche?) | | |

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 12 Monaten im Ausland hospitalisiert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist bei Ihnen ein multiresistenter Keim bekannt? | <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: _____ Wie viele Jahre?: _____ | <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. Legen Sie stattdessen bitte 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:

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