



Bitte Fragebogen umgehend zurücksenden.

Per Post (Antwortcouvert)
Hirslanden Klinik Linde
Patientenaufnahme
Postfach
2501 Biel/Bienne

Per Mail
anaesthesie.linde@hirslanden.ch

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

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Nachblutung nach Zahnbehandlung, Operation, Menstruation)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Anämie (Blutarmut) bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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
Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	<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
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
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 regelmässig 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? Wenn ja, wie viel pro Tag: _____ Seit wie vielen Jahren: _____	<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
-------	--------------