

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

**ZUSTELLUNG DER UNTERLAGEN DURCH
DIE OPERATEURIN / DEN OPERATEUR**

- E-Mail an: patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch
- Via Doc Box

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Wohnort	Mobile
Beruf	
Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin (Name, Ort)	

GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert?

FRÜHERE OPERATIONEN

Hatten Sie bei früheren Operationen Probleme mit der Anästhesie? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es bei früheren Operationen Komplikationen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

GESUNDHEITZUSTAND

Körpergrösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____

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

Leiden Sie unter starkem Übergewicht (BMI > 40)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzleiden (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Klappen- erkrankung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern, Schrittmacherträger, Defibrillatorträger)	<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
Können Sie ohne Atemnot zwei Etagen Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z. B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff)	<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
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
Ist bei Ihnen eine Anämie (Blutarmut) bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<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

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z. B. Reflux, Magenbrennen, Magenbypass, Magenband)	<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
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
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer Krebserkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie oder Unverträglichkeit? Wenn ja, welche: _____ (Bitte bringen Sie Ihren Allergiepass in die Klinik mit.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie mehr als zwei Medikamente pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wofür nehmen Sie weitere Medikamente ein?		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Weitere: _____	

Rauchen Sie? Wenn ja, 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

BEMERKUNGEN

DURCH DIE BEHANDELNDE MEDIZINISCHE FACHPERSON AUSZUFÜLLEN

Die Patientin / der Patient braucht eine präoperative Untersuchung durch die Hausärztin / den Hausarzt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datum: _____ Kontaktangaben Operateurin/Operateur: _____		

Eine Abklärung beim Hausarzt oder bei der Hausärztin ist zwingend notwendig, falls:

- mindestens 1 rotes Feld oder 2 blaue Felder angekreuzt sind,
- der Patient oder die Patientin älter als 70 Jahre ist,
- der Eingriff zur Risikoklasse B oder C gehört.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens wenden Sie sich bitte an:

- Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
T +41 41 208 33 88, E-Mail: kais@hirslanden.ch