KLINIK ST. ANNA
ST. ANNA IN MEGGEN
ST. ANNA IM BAHNHOF

HIRSLANDEN

ZUSTELLUNG DER UNTERLAGEN DURCH OPERATEUR*IN

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

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Adresse	Mobile
PLZ/Ort	**Körpergrösse (cm)**
Beruf	**Gewicht (kg)**
Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin (Name, Ort)	

GEPLANTE OPERATION

Was wird operiert?	Datum:

FRÜHERE OPERATIONEN

Hatten Sie bei früheren Operationen Probleme mit der Anästhesie? Wenn ja, welche:	☐ Ja	☐ Nein
Gab es bei früheren Operationen Komplikationen? Wenn ja, welche:	☐ Ja	☐ Nein
Trat bei Ihnen in der Vergangenheit nach einer Operation infolge einer schweren Erkrankung ein akuter Verwirrtheitszustand (Delir) auf?	☐ Ja	☐ Nein

GESUNDHEITSZUSTAND

Leistungsfähigkeit

Können Sie ohne Atemnot zwei Etagen Treppen steigen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	☐ Ja	☐ Nein

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

Herzleiden (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Klappenerkrankung, Status nach Herzoperation)	☐ Ja	☐ Nein
Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern, Schrittmacherträger, Defibrillatorträger)	☐ Ja	☐ Nein
Hoher Blutdruck (bitte auch ankreuzen, wenn medikamentös gut eingestellt)	☐ Ja	☐ Nein
Lungenerkrankung (z.B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff, Lungenembolie)	☐ Ja	☐ Nein
Schlafapnoe (bitte bringen Sie Ihr Therapiegerät in die Klinik mit)	☐ Ja	☐ Nein
Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	☐ Ja	☐ Nein
Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Thrombose, Nachblutung nach Zahnbehandlung, Operation, Menstruation)	☐ Ja	☐ Nein
Ist bei Ihnen eine Anämie (Blutarmut) bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
Nierenerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Zuckerkrankheit oder Stoffwechselerkrankung (z.B. Schilddrüse, Cholesterin, Harnsäure)	☐ Ja	☐ Nein
Lebererkrankung oder Gelbsucht	☐ Ja	☐ Nein
Magenprobleme (z.B. Reflux, Magenbrennen, Magenbypass, Magenband)	☐ Ja	☐ Nein

Neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, Neurostimulator)	☐ Ja	☐ Nein
Gedächtnisstörung, demenzielle Entwicklung, Verwirrtheit, schwere Seh- oder Hörbehinderung	☐ Ja	☐ Nein
Schwere Muskelerkrankung (z. B. Myopathie, Muskeldystrophie)	☐ Ja	☐ Nein
Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Panikattacken, Burn-out)	☐ Ja	☐ Nein
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	☐ Ja	☐ Nein
Leiden Sie aktuell an einer Krebserkrankung? Wenn ja, welche:	☐ Ja	☐ Nein
Würden Sie bei lebensbedrohlichen Blutungen lebensrettende Blutprodukte ablehnen?	☐ Ja	☐ Nein
Allergie oder Unverträglichkeit? (bitte bringen Sie Ihren Allergiepass in die Klinik mit) Wenn ja, welche: Mit welcher Reaktion:	☐ Ja	☐ Nein
Trinken Sie täglich Schnaps, Wein oder Bier?	☐ Ja	☐ Nein
Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein
Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche:	☐ Ja	☐ Nein

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche:	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie weitere Medikamente?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn ja, welche Medikamente?			Wann nehmen Sie diese ein?			
Medikament	Hersteller	Dosis	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

(Bei mehr als drei Medikamenten bitte aktuelle Medikamentenliste beilegen)

BEMERKUNGEN

Datum: _____

Unterschrift Patient*in: _____
(Bei elektronischer Einsendung nicht notwendig.)

DURCH DIE BEHANDELNDE MEDIZINISCHE FACHPERSON AUSZUFÜLLEN

Patient*in braucht eine präoperative Untersuchung durch die Hausärztin oder den Hausarzt:	☐ Ja	☐ Nein
Patient Blood Management notwendig (Anämie)?	☐ Ja	☐ Nein

Datum:	Kontaktangaben Operateur*in:

Eine Abklärung bei der Hausärztin oder dem Hausarzt 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.

Kontakt bei Fragen zum Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens:

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

SENDEN