

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?

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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, Lungenembolie) | <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 |
| Schlaganfall (Hirnblutung oder Hirninfarkt) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen (z.B. Thrombose, 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 oder 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, Burn-out) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Könnte eine Schwangerschaft bestehen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie aktuell an einer Krebserkrankung? Wenn ja, welche: _____ | <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 |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Trinken Sie täglich mehr als 3dl Schnaps oder mehr als 5dl Wein oder mehr als 1l Bier? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie täglich mehr als 20 Zigaretten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

BEMERKUNGEN

Datum: _____ Unterschrift Patientin/Patient: _____
(Bei elektronischer Einsendung nicht notwendig.)

DURCH DIE BEHANDELNDE MEDIZINISCHE FACHPERSON AUSZUFÜLLEN

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Präoperative Unterlagen bei der Operateurin oder dem Operateur vorhanden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 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 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.

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