



BC_e-2 OP - Einwilligung



ST_15 - ANA Fragebogen

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

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?	OP-Datum:
Welcher Arzt operiert Sie?	

FRÜHERE OPERATIONEN

Welche? Wann?		
Gab es bei Ihnen oder bei Blutsverwandten Probleme mit der Narkose? Wenn ja, welche?		
Trat bei Ihnen in der Vergangenheit nach einer Operation oder infolge einer schweren Erkrankung ein akuter Verwirrheitszustand (Delir) auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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 (z.B. 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 (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

Gedächtnisstörung, dementielle Entwicklung; Verwirrtheit; schwere Seh- oder Hörbehinderung	<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 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 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? 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 defekte/lockere Zähne oder eine Zahnprothese, Brücken oder Implantate?	<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
-------	--------------

Bei Fragen zum Ausfüllen des Gesundheits-Fragebogens wenden Sie sich bitte an:
 pas.stephanshorn@hirslanden.ch oder T: +41 71 282 77 17.
 Bitte den Fragebogen an pas.stephanshorn@hirslanden.ch vor der Sprechstunde zurücksenden.