

FRAGEBOGEN IHR GESUNDHEITZUSTAND

Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen, entsprechend ankreuzen und Zutreffendes erwähnen.

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Körpergrösse: _____ Gewicht: _____
Tel-/Mobile-Nr: _____ E-Mail: _____

GEPLANTE OPERATION

Datum der geplanten Operation? _____

Welcher Arzt operiert? _____

Was wird operiert? _____

FRÜHERE OPERATIONEN UND EINGRIFFE

Operationen und Eingriffe

Jahr

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Blutverdünner? _____ Herz/Kreislaufmedikamente? _____

ALLGEMEINE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie gegenwärtig – oder litten Sie früher – an einer der unten aufgeführten Erkrankungen?

Ja Nein

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kreislauf-/Blutdruckerkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gefässerkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutarmut/Blutungsneigung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung/Asthma | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten sie Schwierigkeiten mit Wasserlösen? | <input type="checkbox"/> Grundsätzlich <input type="checkbox"/> nach einer OP |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stoffwechselerkrankung/Diabetes | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankung | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fühlen Sie sich aktuell gesund? | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben sie lockere Zähne oder einen herausnehmbaren Zahnersatz? | Falls ja, seit wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt? | Falls ja, seit weshalb: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie regelmässig? | Falls ja, wie viel: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie regelmässig Alkohol? | Falls ja, wie viel: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nahmen oder nehmen Sie Drogen? | Falls ja, wie viel und welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie – oder Blutsverwandte – Narkosekomplikationen? | Falls ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere, bis anhin nicht erwähnte Krankheiten? | Falls ja, welche: _____ |

Hiermit bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten: _____

**Bitte senden Sie dieses Formular spätestens 7 Tage vor dem geplanten Eingriff an:
OPERA Bern, Nordring 4, 3013 Bern oder per E-Mail: opera-bern@hirslanden.ch**



Sollten Sie Fragen zur bevorstehenden Anästhesie haben, zögern Sie nicht uns zu kontaktieren. Sie erreichen uns durchgehend unter der T +41 31 555 26 00 oder via E-Mail: opera-bern@hirslanden.ch

Wichtig:

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes während der Wartezeit auf den Operationstag rechtzeitig mit, so beispielsweise im Falle einer Erkältung, neue Medikamenteneinnahmen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes.