

Gesundheitsfragebogen

für Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren

Bitte möglichst genau und vollständig ausfüllen!

Persönliche Angaben

Name:		Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ anderes	
Vorname:			
Strasse:		PLZ, Wohnort:	
Telefon privat:		Telefon Geschäft:	
Mobile:	E-Mail-Adresse:		
Geburtsdatum:		Grösse cm	Gewicht kg
Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)			
Wer soll im Notfall informiert werden (Name, Telefonnummer)			

Geplante Operation / Behandlung

Was wird operiert?	Datum:
Wer wird Sie operieren / behandeln?	

Frühere Operationen

☐ keine

Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?
Was?	Wann?

Frühere Anästhesien / Narkosen

☐ keine

Welche Anästhesieverfahren wurden bei Ihnen schon angewendet? ☐ Vollnarkose ☐ Teilanästhesie		
Sind dabei Probleme / Komplikationen aufgetreten?	Wenn ja, welche?	☐ Ja ☐ Nein

☐ Übelkeit / Erbrechen	☐ Frieren / Kältezittern	☐ Anhaltender Schwindel	☐ Atembeschwerden
☐ Kopfschmerzen	☐ Hörprobleme	☐ Gefühlsstörungen	☐ Lähmungen
Sind in Ihrer Verwandtschaft Zwischenfälle bei Anästhesien aufgetreten?			☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?			

Gesundheitszustand

Leiden oder litten Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

Erkrankung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris, Herzinfarkt)	☐ Ja	☐ Nein
Herzrhythmusstörungen (unregelmässiger Puls, Vorhofflimmern etc.)	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankung der Herzklappen oder der Hauptschlagader (Aorta)	☐ Ja	☐ Nein
Lungenerkrankung (Lungenembolie, Asthma, Bronchitis, Emphysem)	☐ Ja	☐ Nein
Schlaganfall, "Streifung" (Hirnblutung oder Hirninfarkt)	☐ Ja	☐ Nein
Gerinnungsstörung (Thrombose, blaue Flecken, erhöhte Blutungsneigung)	☐ Ja	☐ Nein
Magen-Darm-Erkrankung (saures Aufstossen, Sodbrennen, häufiges Erbrechen)	☐ Ja	☐ Nein
Wurde bei Ihnen eine Operation zur Gewichtsreduktion durchgeführt?	☐ Ja	☐ Nein
Nierenerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Wenn ja: ☐ mit Insulin ☐ ohne Insulin	☐ Ja	☐ Nein
Erkrankung des Blutes (Anämie (Blutarmut), Leukämie u.a.)	☐ Ja	☐ Nein
Hoher Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Lebererkrankung ("Gelbsucht" (Hepatitis), Leberzirrhose)	☐ Ja	☐ Nein
Schilddrüsen- und andere Stoffwechselerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Neurologische Erkrankung (Migraine, Epilepsie, Multiple Sklerose, M. Parkinson)	☐ Ja	☐ Nein
Muskelerkrankung	☐ Ja	☐ Nein
Augenerkrankung (grauer Star, grüner Star (Glaukom), Pupillendifferenz)	☐ Ja	☐ Nein
Schlaf-Apnoe	☐ Ja	☐ Nein
Gemütsleiden (Depression u. a.)	☐ Ja	☐ Nein
Allergien	☐ Ja, welche	☐ Nein

Leistungsfähigkeit

Können Sie ohne Atemnot zwei Stockwerke Treppen steigen?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie im Alltag Atemnot?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie gelegentlich ein Druckgefühl oder ein Klemmen in der Brust?	☐ Ja	☐ Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie "blutverdünnende" Medikamente (Gerinnungshemmer)?	☐ Ja	☐ Nein

Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?	☐ Ja, wieviel?	☐ Nein
Trinken Sie Alkohol ?	☐ Ja, wie oft, wieviel?	☐ Nein
Nehmen oder nahmen Sie Drogen?	☐ Ja, welche?	☐ Nein
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie einen Zahnersatz (Stiftzähne, Brücken, Prothesen)?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie lockere Zähne?	☐ Ja	☐ Nein
Tragen Sie Piercings?	☐ Ja, wo?	☐ Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Wenn ja, legen Sie ggf. bitte eine detaillierte Liste bei.

Ort, Datum:

Unterschrift:
