

Fragebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Grösse / Gewicht:

Zutreffendes bitte einkreisen

1. Standen Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung und bei welchem Arzt? nein ja

2. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? nein ja

3. Wurden Sie schon ein- oder mehrmals operiert? Wenn ja, welche Eingriffe? nein ja

4. Haben sich im Zusammenhang mit einer Anästhesie je Probleme oder Komplikationen ergeben? Wenn ja, welche? nein ja

5. Sind bei Blutsverwandten je Narkosezwischenfälle aufgetreten? nein ja

Leiden oder litten Sie an einer der aufgeführten Krankheiten?

6. Herzerkrankungen: Herzinfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzfehler, andere? nein ja

7. Kreislauf- und Gefässerkrankungen: Zu hoher oder zu tiefer Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Neigung zu Thrombosen, andere? nein ja

8. Lungenerkrankungen: Chronische Bronchitis, Asthma, andere? nein ja

9. Magen-/Darmerkrankung: Magenbeschwerden nach Schmerzmitteleinnahme, Geschwüre, Blutungen, Dickdarmentzündungen, andere? nein ja

10. Lebererkrankungen: Infektiöse Gelbsucht, Gallensteine, andere? nein ja

11. Nieren-/Blasenerkrankungen: Nieren-/Blasenentzündungen, Steine, andere? nein ja

12. Zuckerkrankheit? nein ja

- | | | |
|---|------|----|
| 13. Nerven-/Gemütsleiden: Lähmungen, Epilepsie, Depression, andere? | nein | ja |
| 14. Skelett-/Gelenkserkrankungen? Welche? | nein | ja |
| 15. Blutungsgerinnungsstörungen: Neigung zu Blutergüssen oder Nasenbluten, Bluterkrankheit, gerinnungshemmende Medikamente, andere? | nein | ja |
| 16. Allergien gegen Medikamente? Gegen welche? | nein | ja |
| 17. Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit? Welcher? | nein | ja |
| 18. Haben Sie lockere Kronen, Stifzähne, Zahnprothesen? | nein | ja |
| 19. Bei Patientinnen, besteht eine Schwangerschaft? | nein | ja |
-

Lebensgewohnheiten

- | | | |
|--|------|----|
| 20. Rauchen Sie regelmässig? | nein | ja |
| 21. Trinken Sie regelmässig Alkohol? | nein | ja |
| 22. Nehmen Sie regelmässig Schlafmittel, Schmerzmittel, Drogen, andere? Welche? | nein | ja |
| 23. Haben Sie zu den vorstehenden Fragen irgendwelche Besonderheiten hinzuzufügen? | nein | ja |
-

Ihre Unterschrift gilt als Bestätigung Ihres Einverständnisses mit der Durchführung des Eingriffes, sowie allen Massnahmen gegenüber, die wir als notwendig erachten, einschliesslich medizinisch indizierten Änderungen der geplanten Anästhesiemethode.

Ich bestätige, die oben stehenden Fragen wahrheitsgemäss beantwortet und die Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

