

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN ERWACHSENE



Anästhesie  
Zug

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für Ihre geplante Operation ist eine Anästhesie vorgesehen.

Um Sie mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt anästhesiologisch begleiten zu können, benötigen wir genaue Informationen über Ihren Gesundheitszustand.

Danke, dass Sie diesen Gesundheitsfragebogen sorgfältig ausfüllen.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

|  |              |
|--|--------------|
| Name                                       | Geburtsdatum |
| Vorname                                    | Telefon      |
| Beruf                                      | Mobile       |
| Ihr Hausarzt/ Ihre Hausärztin (Name, Ort): |              |

## GEPLANTE BEHANDLUNG / OPERATION

|                        |
|------------------------|
| Was ist genau geplant? |
|------------------------|

## FRÜHERE OPERATIONEN

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie bei früheren Operationen Probleme mit der Anästhesie?<br>Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gab es bei Blutsverwandten Probleme mit der Anästhesie?<br>Wenn ja, welche: _____          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## IHR GESUNDHEITZUSTAND

Körpergrösse (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

## Bestand oder besteht bei Ihnen eines der folgenden Gesundheitsprobleme?

|  |  |  |
|--|--|--|
| Herzleiden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Klappenerkrankung, Zustand nach Reanimation)     | <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                                  |
| Benötigen Sie ein Gehilfe oder einen Rollstuhl?<br>Wenn Nein – können Sie ohne Atemnot 2 Etagen Treppen steigen? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung (z. B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff)  | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nein                                  |
| Schlafapnoe<br>Wenn ja, haben Sie in Therapiegerät?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenembolie, Thrombose oder Thromboseneigung   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nein                                  |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Schlaganfall (durch Hirnblutung oder Hirninfarkt)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörung (häufiges Nasenbluten, Bluterkrankheit)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankung des Blutes (z.B. Leukämie, Anämie, Thrombozytose)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung  | <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 |
| Insulinpflichtige Zuckerkrankheit   | <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 |
| 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, Burnout, ADHS)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Für Frauen im gebärfähigen Alter: könnte eine Schwangerschaft bestehen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergie oder Unverträglichkeit?<br>Wenn ja, welche:<br><br>(Bitte bringen Sie Ihren Allergiepass zur Anästhesie mit) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?<br>Wenn ja, welche:         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie weitere Medikamente regelmässig ein?<br>Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie?<br>Wenn ja, wie viel pro Tag: _____ Seit wie vielen Jahren? _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie Alkohol?<br>Wenn ja, wie viel pro Tag: _____                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nahmen/nehmen Sie Drogen?<br>Wenn ja, welche: _____                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie Zahnprothesen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestehen bei Ihnen lockere oder schadhafte Zähne?<br>Wenn Ja, welche: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**BEMERKUNGEN**

\_\_\_\_\_ **DATUM**

\_\_\_\_\_ **UNTERSCHRIFT**