



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN MENSCHEN MIT BESONDEREN BEDÜRFNISSEN

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

bei einer Ihnen anvertrauten Person ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation in Anästhesie vorgesehen.

Um mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt anästhesiologisch begleiten zu können, benötigen wir genaue Informationen zum Gesundheitszustand der Patientin / des Patienten. Für ergänzende Befunde sind wir sehr dankbar – Bitte sende Sie diese an Frau Dr. Petra Voglauer, leitende Fachärztin Anästhesie: [voglauer.anaesthesie-zug@hin.ch](mailto:voglauer.anaesthesie-zug@hin.ch)

Danke, dass Sie diesen Gesundheitsfragebogen sorgfältig ausfüllen!

### PERSÖNLICHE ANGABEN ZUR SORGEBERECHTIGTEN PERSON UND ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENT

Name der Patientin / des Patienten:	Geburtsdatum:
Vor- und Nachname sorgeberechtigte Person	Telefon/ Mobil sorgeberechtigte Person:
Hausarzt/ Hausärztin der Patientin / des Patienten (Name, Ort):	

### GEPLANTE BEHANDLUNG / UNTERSUCHUNG / OPERATION

--

### FRÜHERE BEHANDLUNGEN / OPERATIONEN

Hatte die Patientin / der Patient bereits einmal eine Anästhesie? Wenn ja, warum: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es Probleme bei früheren Anästhesien? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es bei Blutsverwandten Probleme mit der Anästhesie? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### ANGABEN ZUR BEEINTRÄCHTIGUNG / GRUNDLEIDEN

Was ist der Grund für die Beeinträchtigung / Behinderung der Patientin / des Patienten? _____		
Ist die Patientin / der Patient soweit kooperationsfähig, dass die Einleitung der Anästhesie ohne grösseren Widerstand möglich sein sollte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt die Patientin / der Patient einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Beeinträchtigungen von Hör- oder Sehsinn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### DERZEITIGER GESUNDHEITZUSTAND DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

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

**Bestand oder besteht eines der folgenden Gesundheitsprobleme?**

Herzleiden (z.B. Herzfehler, Herzoperation, Herzgeräusch, Klappenerkrankung, Herzinfarkt, Stent)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, Schrittmacherträger, Defibrillatorträger)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutdruck oder Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemnot / Zyanose (blaue Lippen) bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (z.B. Bronchitis, Asthma, Heimsauerstoff, COPD)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, hat die Patientin / der Patient ein Therapiegerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenembolie und/oder Thrombose, Thromboseneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hirnblutung oder Hirninfarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen des Blutes oder der Blutgerinnung (z.B. Leukämie, Blutarmut, häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken oder Hautblutungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Schilddrüse, angeborene Stoffwechselerkrankungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magenprobleme (z.B. Fehlbildungen des Magen-Darm-Traktes, Gastritis, Reflux, Magenbypass, Magenband)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Demenz, Parkinson)	<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, Autismus, ADHS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere schwere Erkrankung (z.B. Krebserkrankung, Tumorleiden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergie oder Unverträglichkeit? Wenn ja, welche:  (Falls Allergiepass vorhanden, bitte diesen zur Anästhesie mitbringen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nimmt die Patientin / der Patient regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Nimmt die Patientin / der Patient Alkohol, Nikotin (Raucher) oder Drogen ein? Wenn ja, bitte um genauere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Trägt der Patient / die Patientin Zahnprothesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen lockere oder schadhafte Zähne? Wenn Ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**BEMERKUNGEN**

--

\_\_\_\_\_

**DATUM**

\_\_\_\_\_

**UNTERSCHRIFT SORGBERECHTIGTE PERSON**