



Persönlicher Fragebogen

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Gewicht (kg)/Grösse (cm)	<input type="text"/>	Geplanter Operationstermin	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Ihr operierender Arzt	<input type="text"/>		

Hatten Sie bereits Operationen oder Eingriffe? Bitte beschreiben Sie kurz den Eingriff und notieren Sie das Jahr, in dem der Eingriff durchgeführt wurde.

Eingriff	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (auch Blutverdünner und Herz-/Kreislaufmedikamente)? Bitte notieren Sie das Medikament und die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Leiden Sie jetzt oder litten Sie früher an einer der unten aufgeführten Erkrankungen? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und nennen Sie, seit wann Sie darunter leiden bzw. wann Sie darunter gelitten haben

Krankheit	Wenn ja, wann	Krankheit	Wenn ja, wann
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gefässerkrankung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>	<input type="text"/>

Weiter auf der Rückseite 



Wir benötigen von Ihnen noch weitere Angaben.

Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt?

Wenn ja, wieso?

Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen?

Wenn ja, was wie oft und wie viel?

Hatten Sie - oder Blutsverwandte - Narkosekomplikationen?

Wenn ja, welche?

Andere wichtige Komplikationen?

Wenn ja, welche?

Bitte senden Sie uns dieses Formular so früh wie möglich, **spätestens jedoch 7 Tage vor der geplanten Operation** auf dem Postweg, per Fax oder eingescannt per E-Mail (Alle Angaben in der Fusszeile).

Sollten Sie Fragen zur bevorstehenden Anästhesie haben, zögern Sie nicht uns rechtzeitig zu kontaktieren.

WICHTIG: Teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Wartezeit auf den Operationstag umgehend mit! (Z.B.: Erkältungen, neue Medikamenteneinnahmen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes)

Ich habe diesen Fragebogen verstanden und wahrheitsgetreu ausgefüllt

Ort, Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen für das Engagement und freuen uns, Sie am Operationstag begrüßen zu dürfen.