

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Geplante Operation und Termin (sofern bekannt):

ASA-Score; Prämedikation:

.....
Visum:

Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten

(bitte **beide** Seiten ausfüllen; bei Unklarheiten oder Fragen wenden Sie sich bitte ans Sekretariat Anästhesie, Tel. 044 733 28 91)

Kostenträger

Krankenversicherung: _____ Versicherten-Nr: _____
 Zusatzversicherung: _____ Versicherten-Nr: _____ HP P
 Unfallversicherung: _____ Policen-Nr: _____ A HP P

Um den Patienten bei Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt aufzubieten, bitten wir Sie, die Angaben vom Kostenträger auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Allgemeines

Ja **Nein** **Weiss nicht**

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie schwer sind Sie? kg und wie gross sind Sie? cm | | | |
| 2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Infekt, Fieber oder Schüttelfrost? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bitte listen Sie alle Krankheiten und Operationen, die Sie je hatten mit Jahrgang auf (auch jene ausserhalb des Spitals Limmattal): | | | |
| 4. Hatten Sie oder Blutsverwandte jemals bei einer Narkose/Regionalanästhesie Probleme?
Wenn Ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Allergien?
Wenn Ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie regelmässig nehmen (inkl. Dosierung) | | | |
| 7. Trinken Sie regelmässig bzw. täglich Alkohol?
Wenn Ja, wie viel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rauchen Sie regelmässig?
Wenn Ja, wie viel? Zigaretten pro Tag, seitJahren
Haben Sie früher regelmässig geraucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Konsumieren Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Frauen: Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie Prothesenträger?
Haben Sie lockere Zähne oder Zahnkrankheiten (z.B. Karies, Parodontose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

→ **Bitte wenden**

Kreislauf / Lungen	Ja	Nein	Weiss nicht
12. Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach auf dem Rücken liegen, beim Geradeausgehen, beim Verrichten leichter Hausarbeiten oder z.B. nach Aufstieg eines Stockwerks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde bei Ihnen jemals eine Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) oder eine „Stent“-Einlage in die Herzkranzarterien durchgeführt oder haben Sie jemals einen Herzinfarkt erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leiden Sie zunehmend an Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung oder in Ruhe (Angina pectoris), einer bekannten Herzkrankheit oder neu aufgetretenem Herzrasen oder Herzstolpern (Palpitationen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an hohem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie geschwollene Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Müssen Sie regelmässig nachts öfter als einmal Wasser lösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie häufig Schwindel oder hatten Sie Bewusstlosigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leiden Sie an Asthma, Husten oder Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnung			
20. Haben Sie eine verstärkte Blutungsneigung oder nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein (z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Efient, Aspirin cardio, Tiatral, Fragmin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Treten bei Ihnen spontan/nach leichtem Anstossen Blutergüsse auf oder hatten Sie jemals verstärkt Blutungen nach zahnärztlichen Behandlungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen – Darmtrakt			
22. Leiden Sie aktuell an Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Haben Sie Magenbrennen oder saures Aufstossen (Reflux)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegssystem			
24. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt oder benötigen Sie ein Dialyseverfahren (Nierenersatztherapie wie Heim-, Peritoneal-, Hämodialyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentralnervensystem			
25. Hatten Sie je Krampfanfälle (z.B. Epilepsie) oder Lähmungserscheinungen, auch z.B. an Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hatten Sie einmal eine Streifung oder einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen			
27. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit), Schilddrüsenkrankheiten oder anderen ähnlichen Krankheiten des Stoffwechsels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was machen Sie beruflich?

.....
Ergänzungen oder Bemerkungen des Patienten:

Datum und Unterschrift des Patienten