

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen Gesundheit

Körpergewicht: _____ kg **Körpergrösse:** _____ cm

Fühlen Sie sich gesund? Wenn nein, weshalb nicht? JA NEIN

Können Sie ohne Unterbrechung zwei Stockwerke Treppen steigen? JA NEIN

Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, tragen Sie diese bitte vollständig auf der 2. Seite dieses Formulars ein.

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja: Was, wann? JA NEIN

Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten? Wenn ja: welche? (Übelkeit, Erbrechen) JA NEIN

Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen? JA NEIN

Sind Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? Wenn ja: welche? (Latex, Jod, Medikamente) JA NEIN

Multiresistente Erreger: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einem ausländischen Spital oder in der Schweiz hospitalisiert gewesen JA NEIN

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen:

Herzkrankungen? Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Bypass, Stent
Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher JA NEIN

Kreislauf- und Gefäss-Erkrankungen? Durchblutungsstörungen,
Thrombosen, hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall JA NEIN

Lungen- und Atemwegserkrankungen? chronische Bronchitis, Husten, Auswurf,
Asthma, Lungenentzündung, Tbc JA NEIN

Magen-/Darmerkrankungen? Sodbrennen, saures Aufstossen JA NEIN

Nierenerkrankungen? Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht JA NEIN

Lebererkrankungen? Gelbsucht, Hepatitis JA NEIN

Stoffwechselerkrankungen? Diabetes mellitus **Schilddrüsenerkrankungen?** Hypothyreose JA NEIN

Nervenleiden, Gemütskrankungen? Epilepsie, Lähmungen, Gefühlstörungen, Depression JA NEIN

Erkrankungen des Bewegungsapparates? Rückenprobleme, Muskelschwäche JA NEIN

Störung der Blutgerinnung? häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach OP JA NEIN

Konsumieren Sie erhöhte Mengen an Rauschmittel? Alkoholkonsum, Tabak, Drogen JA NEIN

Gibt es bei Ihnen lockere Zähne, Provisorien? Zahnersatz, Prothesen JA NEIN

Notfallkontakt: Kontaktperson inkl. Tel.

.....

.....

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

