

Gesundheitsfragebogen Institut für Anästhesiologie

1 Basisinformation PatientIn			
Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Grösse: cm Gewicht: kg

2 Waren Sie wegen gesundheitlichen Problemen / Eingriffen schon in einem Spital?				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wann?	Wenn ja, wo?	Wenn ja, weshalb?
			
			
			
			

3 Sind bei Ihnen oder bei Blutsverwandten während einer Operation oder Anästhesie schon einmal Probleme oder Zwischenfälle aufgetreten?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? Bitte erläutern Sie:

4 Wie viele Treppen können Sie ohne Pause gehen?		
<input type="checkbox"/> Mehr als zwei Stockwerke	<input type="checkbox"/> Nur zwei Stockwerke	<input type="checkbox"/> Ein Stockwerk oder weniger

5 Haben Sie Allergien?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?

6 Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welches Medikament	Wie oft nehmen Sie das Medikament ein?

7 Leiden oder litten Sie unter einem / mehreren der aufgeführten Gesundheitsprobleme?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann?	
Brustschmerzen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	
Andere Herzprobleme? (z.B. Herzklappe, Herzschrittmacher, unregelmässiger Puls)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
Atemnot (z.B. im Liegen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann?	
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	
Andere Atemprobleme (z.B. Schlaf-Apnoe)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	
Magenbrennen oder saures Aufstossen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann?	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Schwindel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Platzangst	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Unruhige Beine (restless legs)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Rückenprobleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
Thrombose oder Embolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
Häufiges Nasen- oder Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	
Blutarmut	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Nierenprobleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
Leberprobleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie viel?	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie viel?	
Gewichtsveränderung (letzte vier Monate)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wie viel?	
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Monat?	

8 Leiden Sie unter anderen, noch nicht erwähnten Gesundheitsproblemen?

Nein Ja Wenn ja, welche?

.....

.....

Datum: **Unterschrift:**

Wenn Sie einen Anästhesie-Sprechstundentermin haben, **bringen Sie das Formular bitte mit.**
 Ohne Termin bitte per Post oder Mail an Anmeldung.Anaesthesiologie@waid.zuerich.ch retournieren.
 Besten Dank!