



# Gesundheits- und Anästhesiefragebogen

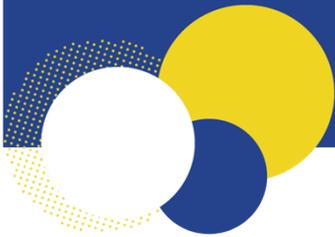
Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

Zur optimalen Planung Ihrer bevorstehenden Operation benötigen wir von Ihnen einige medizinische Angaben. Wir bitten Sie den «Gesundheits- und Anästhesiefragebogen» entweder online auszufüllen ([www.spitalstsag.ch/Downloads/Patienten](http://www.spitalstsag.ch/Downloads/Patienten)) oder den vorliegenden Papierfragebogen zu nützen und diesen anschliessend mit beiliegendem Rückantwortcouvert rasch an uns zurück zu senden.

Herzlichen Dank!

Personalien	
Vorname/Name	Geburtsdatum
Geplante OP	Geplantes OP Datum

Medizinische Angaben		
1. Fühlen Sie sich aktuell körperlich geschwächt oder krank?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. Nur für Frauen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Ich bin mir nicht sicher <input type="checkbox"/> Ja, in der _____ Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3. Sind Sie körperlich nur eingeschränkt belastbar? Wenn ja: bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an <input type="checkbox"/> Treppensteigen > 2 Etagen möglich <input type="checkbox"/> leichte Gartenarbeit möglich <input type="checkbox"/> selbständiges Einkaufen möglich <input type="checkbox"/> nur langsames Spazieren möglich <input type="checkbox"/> ich benötige einen Rollator <input type="checkbox"/> ich benötige einen Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. Wurden Sie bereits früher operiert? Wenn ja, was, wann und in welchem Spital?		
Operation	Jahr	Spital



5. Wurden Sie aus anderen Gründen im Spital behandelt?		
Behandlungsgrund	Jahr	Spital
6. Sind bei Operationen bei Ihnen oder nahen Verwandten bei der Narkose Komplikationen aufgetreten?		
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> maligne Hyperthermie Ich besitze einen Anästhesieausweis.	<input type="checkbox"/> Kältezittern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> schwieriger Atemweg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Leiden Sie an einer Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems?		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzkatheter/Stent Einlage <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler
8. Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege?		
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> CPAP-Gerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> chronischer Husten <input type="checkbox"/> andere: ____
9. Leiden Sie an einer Erkrankung von		
- Magen-/Darm-Trakt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Leber?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Niere?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Nervensystem?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Ist bei Ihnen eine chronische Infektion bekannt?		
<input type="checkbox"/> Hebatitis B <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> HIV (Aids)
11. Leiden Sie an einer Nervenkrankheit?		
<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> andere
12. Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit?		
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-/ unterfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> andere



13. Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?  Ja  Nein

Antibiotika  Latex  Nahrungsmittel  
 Desinfektionsmittel  Pflaster

**→ Bitte bringen Sie ihren Allergiepass mit!**

---

14. Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?  Ja  Nein

Rauchen: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  ich habe aufgehört seit \_\_\_\_\_

Alkohol:  Bier  Wein  Schnaps  täglich \_\_\_\_\_mal/Woche

Drogen:  THC/Haschisch  Opiate/Heroin  andere

---

15. Bestehen Besonderheiten Ihres Zahnstatus?  Ja  Nein

lockere Zähne  Zahnprothese  Stiftzahn/Implantat/Krone  
 Karies

---

16. Bestehen Einschränkungen bzgl. Ihrer Mundöffnung oder Beweglichkeit der Halswirbelsäule?  Ja  Nein

Mundöffnung  Halswirbelsäule

---

17. Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? Bitte geben Sie den Namen des Medikamentes und die Dosierung an oder legen Sie uns eine aktuelle Medikamentenliste bei. Insbesondere Angaben zu Blutverdünner sind sehr wichtig.

Medikament	Dosis	Häufigkeit

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_