



FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bei **KINDERN** und **BEEINTRÄCHTIGTEN**:
bitte stellvertretend ausfüllen

Name:	Vorname:
Notfallkontakt, Tel.:	
Geburtsdatum:	Gewicht (kg):
OP-Termin:	Grösse (cm):
Operateur:	

FRÜHERE OPERATIONEN, ANÄSTHESIEVERFAHREN

Jahr

Gab es bei Ihnen Anästhesie-Probleme? Welche?		Nein
Gab es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten Schwierigkeiten mit Narkosen?	Ja	Nein

MEDIKAMENTE

Sonstige, unten nicht aufgeführte Krankheiten

GENUSSMITTEL

Nikotin	Nein	Ja	Paket/e pro Tag
Alkohol	Nein	selten	regelmässig
Drogen	Nein	Ja, welche:	

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Allergie:	keine	auf Medikamente:		
		andere:		
Blut:	normal	blaue Flecken	Thrombosen	Lungenembolie
		häufig Nasenbluten	Gerinnungsproblem, welche:	
Herz:	normal	Mühe bei Treppen	Herzinfarkt	Stents, Bypass
		Rhythmusstörung	Herzklappe; Aorta	Schrittmacher
Kreislauf:	normal	hoher Blutdruck	tiefer Blutdruck	
Lunge:	normal	Husten	Asthma, COPD	Schlaf-Apnoe
Leber:	normal	Hepatitis	Leberzirrhose	
Niere:	normal	Niereninsuffizienz	Nieren-Operation	anderes:
Verdauung:	normal	Reflux / Ulcus	Magen-Operation, welche:	
Stoffwechsel:	normal	Diabetes	ohne Insulin	mit Insulin
		Schilddrüse	Überfunktion	Unterfunktion
Neurologie und Psyche:		Epilepsie	Parkinson	Hirnschlag/ -blutung
	normal	Demenz	Depression	Angstzustände
Skelettsystem:	normal	Rheuma	Rückenbeschwerden	
Muskelerkrankung, welche:				