

Gesundheitsfragebogen Erwachsene Anästhesie SZO Deutsch



**Anästhesiesprechstunde Telefon: Standort Brig: intern: 43045, extern: 027 / 604 30 45
 Standort Visp: intern: 42199, extern: 027 / 604 21 99**

Bitte melden Sie sich bei den oben erwähnten Nummern, um den Termin in der Anästhesiesprechstunde zu vereinbaren, falls Sie keinen Termin haben.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung sorgfältig aus, am besten zusammen mit Ihrem Hausarzt oder der Praxisassistentin, speziell den Bereich Medikamente!

Name : Grösse : cm

Vorname(n) : Gewicht : kg

Alter : Jahre Beruf :

1. Sind Sie in medizinischer Behandlung ? Nein Ja
 Wegen welcher Krankheit ?

2. Sind Sie schwanger ? Nein Ja

3. Nehmen Sie Medikamente ? Wenn ja, **genauer Name** und **aktuelle Dosierung (bitte aktuelle Liste vom Hausarzt mitbringen)**? Nein Ja

Name	Dosierung	Mo	Mi	Ab	Na

4. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche Operation und wann ? Nein Ja

Jahr	Operation

5. Sind bei der Narkose Probleme aufgetreten? Wenn ja, welche ? Nein Ja

Gab es in Ihrer Familie Probleme bei einer Narkose? Nein Ja

Leiden Sie oder haben Sie schon einmal gelitten an :		
6. Muskelschwäche oder Muskelkrankheit ? Leidet jemand in Ihrer Familie an einer muskulären Erkrankung ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
7. Herzkrankheit (Herzinfarkt, Angina pectoris, Atemnot bei Anstrengung (zB Treppensteigen), Herzbeutelentzündung, Herzklopfen) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
8. Kreislaufstörungen (hoher Blutdruck, Muskelschmerzen, Thrombosen, Embolien, Blutungen) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
9. Lungen-oder Atemwegskrankheiten (Tuberkulose, Pneumonie, Asthma, Bronchitis) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
10. Krankheiten der Leber oder der Gallenblase (Gelbsucht) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
11. Nierenkrankheiten (Pyelonephritis, Nierensteine) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
12. Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Gicht) ? Diabetes Mellitus?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
13. Schilddrüsenkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
14. Erkrankungen der Augen (Glaukom) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
15. Nervenkrankheiten (Krämpfe, Lähmungen)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
16. Depression?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
17. Erkrankungen des Skelettsystems ? (Diskushernie, Erkrankungen der Gelenke) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
18. Blutkrankheiten oder Gerinnungsstörungen (Blutungsneigung)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
19. Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, usw.) Allergien gegen Medikamente ? Welche?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
20. Eine andere Krankheit, die hier nicht erwähnt wurde?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
21. Haben Sie eine Zahnprothese?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
22. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviel seit Jahren	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
23. Trinken Sie regelmässig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Haben Sie zusätzliche Bemerkungen?

.....

Datum:

Unterschrift: