



Gesundheitsfragebogen Anästhesie für Erwachsene

1. Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Grösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____

2. Waren Sie aufgrund gesundheitlicher Probleme / von Eingriffen schon in einem Spital?

Ja Nein

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?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte erläutern Sie:

Bitte auch Seiten 2 und 3 vollständig ausfüllen.

4. Leistungsfähigkeit

Können Sie ohne Atemnot 2 Stockwerke hinaufgehen?	Ja	Nein
Erledigen Sie Ihre Einkäufe und den Haushalt selbstständig?	Ja	Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen, ein Druckgefühl oder Klemmen in der Brust?	Ja	Nein
Können Sie flach liegen?	Ja	Nein

5. Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Bitte exakte Dosierung angeben)

Keine

Medikament	mg	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Bitte auch Seiten 1 und 3 vollständig ausfüllen.

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

Bluthochdruck (auch ankreuzen, wenn medikamentös gut eingestellt)	Ja	Nein	
Erkrankungen der Herzgefäße (z. B. Herzinfarkt, Stents, Angina pectoris)	Ja	Nein	
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	Ja	Nein	
Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern)	Ja	Nein	
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator? (ICD)	Ja	Nein	
Lungenerkrankungen (z. B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff, Emphysem, Fibrose)	Ja	Nein	
Lungenembolie und/oder Thrombose (Beine, Arme)	Ja	Nein	
Schlaganfall (Hirnblutung, Hirninfarkt)	Ja	Nein	
Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen (Nachblutungen nach früherer Operation)	Ja	Nein	
Blutarmut (Anämie)	Ja	Nein	
Neigen Sie zu blauen Flecken? (Hämatome, auch am Rumpf)	Ja	Nein	
Nierenerkrankungen (z. B. Nierenversagen, Dialyse)	Ja	Nein	
Lebererkrankung (z. B. Zirrhose, Fettleber, Hepatitis)	Ja	Nein	
Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm)	Ja	Nein	
Magenerkrankung (Magenschleimhautentzündung, Zwerchfellhernie, Magenbypass)	Ja	Nein	
Leiden Sie an saurem Aufstossen? (Reflux, Magenbrennen)	Ja	Nein	
Stoffwechselerkrankung (z.B. Fettleibigkeit, Cholesterin, Harnsäure)	Ja	Nein	
Zuckerkrankheit (Prädiabetes, Diabetes Typ 1 und 2)	Ja	Nein	
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, Epilepsie, Lähmungen, Schwindel)	Ja	Nein	
Muskelerkrankungen (z. B. Muskeldystrophie, Myopathie, Myasthenia gravis)	Ja	Nein	
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion, Kropf)	Ja	Nein	
Psychische Erkrankung (Depression, Panikattacken, Platzangst, Burnout)	Ja	Nein	
Schlafapnoe (bitte Therapiegerät (CPAP) ins Spital mitbringen)	Ja	Nein	
Tragen Sie Zahnprothesen?	Ja	Nein	
Sind Zähne locker oder defekt?	Ja	Nein	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag:	Wie viele Jahre:	Ja	Nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag:		Ja	Nein
Nehmen/Nahmen Sie Drogen? Wenn ja, welche:		Ja	Nein
Werden/wurden Sie wegen einer Krebserkrankung behandelt? Wenn ja, welches Organ?	Ja	Nein	
Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	Ja	Nein	
Leiden Sie unter anderen, noch nicht aufgeführten Gesundheitsproblemen? Wenn ja, an welchen?	Ja	Nein	

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift Patient*in