

Angaben zur Operation (durch den Operateur auszufüllen)

Operation:	Op-Dauer:	Datum:
Spezielles:	Operateur:	

Angaben zum Debitor (durch den Operateur / die Klinik / die Praxis auszufüllen)

Krankenkasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>	Pauschale <input type="checkbox"/> SUVA / IV / MV <input type="checkbox"/>	IV: Bitte Verfügung oder Verfügungsnummer und IV – Nummer beilegen SUVA: Bitte Unfalldatum angeben
--	---	---

Angaben zur Person (durch den Patienten auszufüllen)

Name:	Vorname:	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ/Ort:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
Tel. privat:	Tel. Gesch.:	Ausgeübter Beruf:	
Name/Vorname der Eltern (bei Kindern als Patient):			Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Name, Adresse gesetzliche Vertretung / Vormund / Pflegeheim:			
Tel. Nr.			
Name, Adresse Hausarzt:			
Tel. Nr.			

Angaben zur Gesundheit (durch den Patienten vor dem Aufklärungsgespräch auszufüllen)

	Ja	Nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Weswegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Erkältung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten in den letzten vier Wochen Durchfall und/oder Erbrechen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine andere Infektion vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? Zum Bsp. Aspirin, Marcumar oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie andere Medikamente ein? Zum Bsp. Bluthochdruck-, Herzmedikamente, Schmerzmittel, Psychopharmaka, Antidiabetika, Antibabypille oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon einmal operiert? Bitte Eingriff und Jahr angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie nach einer Operation an Übelkeit und Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Beschwerden (zum Bsp. Lagerungsschäden) nach einer früheren Narkose, Regionalanästhesie oder örtlichen Betäubung aufgetreten oder bestehen sie noch? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihnen schon einmal Blut oder Blutbestandteile übertragen (Transfusion)? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Könnte möglicherweise eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie problemlos 2 Stockwerke Treppensteigen? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: Vorname/Nachname/Jahrgang	Operateur	Op-Datum
Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen davon?		
Herz/Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger Blutdruck oder:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefässe: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege/Lungen: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Stimmband-Lähmung, Zwerchfell-Lähmung oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber: Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren: Nierensteine, Nierenentzündung, Dialysepflicht, erhöhte Nierenwerte oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Verengung, Verdauungsstörung, Sodbrennen, Refluxkrankheit oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettsystem: Gelenkerkrankung, Rücken-/Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven, Gemüt: Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen, häufige Kopfschmerzen oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen: Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut: Gerinnungsstörung (auch bei Blutsverwandten), häufiges Nasenbluten, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Nachbluten nach Operationen oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeln: Muskelschwäche, Muskelerkrankung (auch bei Blutsverwandten) oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/Überempfindlichkeit: Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Iod, Pflaster, Latex (Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe) oder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lockere Zähne, Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wie viel pro Tag? Wie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, was und wie viel pro Tag? Wie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte legen Sie bei folgenden Leiden einen detaillierten Arztbericht (zum Bsp. vom Hausarzt) bei

- Stattgefundenen Herzinfarkt oder regelmässige Herzbeklemmung (Angina pectoris)
- Herzleiden oder Herzklappenerkrankung
- Stattgefundene Operation an Herz oder Lunge (inklusive Herzschrittmacher und/oder Herzkatheter)
- Behandlungsbedürftiges Asthma oder chronischer Husten mit Auswurf
- Langes Bluten nach Verletzungen, regelmässig grosse Blutergüsse, häufiges Bluten beim Zähneputzen
- Epilepsie, seelische oder geistige Erkrankung oder Einschränkung
- Muskelschwund, Spastik oder andere Muskelerkrankungen

Bemerkungen :

Ich bestätige, dass ich dieses Formular zur Erfassung meiner medizinischen Vorgeschichte nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Datum: Unterschrift:

⇒ Fax 041 379 70 31