

**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 .....
<b>Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen davon?</b>		
Herz/Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher oder niedriger Blutdruck oder: .....	<input type="checkbox"/>	<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 052 320 01 21