

Fragebogen zum Gesundheitszustand und zur aktuellen Sozial- / Pflegesituation (Rückseite)

aktuelles Patientenetikett
hier aufkleben

Ihre Angaben dienen den verschiedenen Fachpersonen zur Gesprächsvorbereitung und gezielter Planung rund um Ihre Operation. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen, Ihre Medikamentenpackungen oder Medikamentenliste, Blutgruppenkarte, Allergiepass und andere Gesundheitsausweise zum Gespräch mit dem Anästhesisten mit.

1. Fitness	Haben Sie Mühe ohne Unterbruch zwei Stockwerke Treppen zu steigen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit unter Erkrankungen folgender Organsysteme:		
2. Kreislauf	Zu hoher Blutdruck (Hypertonie), zu niedriger Blutdruck, Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Herz	Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, -Rhythmusstörungen, unregelmässiger Puls?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Lunge	Asthma bronchiale, chronische Bronchitis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Schlafapnoe mit / ohne CPAP-Gerät?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Niere / Blase	Nieren- oder Blasenkrankheiten, Nierensteine, Harnleitersteine?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Leber	Gelbsucht, Hepatitis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Magen	Magengeschwür, saures Aufstossen, Erbrechen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Schilddrüse	Vergrosserung, Über- / Unterfunktion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Stoffwechsel	z.B. erhöhter Cholesterinspiegel, Gicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Diabetes	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Skelett	Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Neurologie	Migräne, Epilepsie, Lähmungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Psyche	Depression, Schizophrenie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Gerinnung	Thrombose / Embolie oder verstärkte Blutungsneigung (rasch oder spontan blaue Flecken?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte beantworten Sie noch diese Fragen:		
15. EKG	Wurde in den letzten Monaten bei Ihnen ein EKG angefertigt? (falls ja, bitte mitnehmen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16. Röntgen	Wurde Ihr Brustkorb in den letzten 6 Monaten geröntgt? (falls ja, bitte mitnehmen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
17. Nikotin Alkohol Drogen	Rauchen Sie? Wenn ja: wie viel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja: wie viel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Nehmen Sie regelmässig Drogen? Wenn ja: wie viel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
18. Familie	Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
19. Operationen	Wurden Sie bereits einmal operiert oder hatten Sie eine Narkose? Was? / Wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Transfusionen Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion erhalten? Ergaben sich bei Ihnen jemals Komplikationen bei einer Bluttransfusion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
20. Medikamente	Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B. Aspirin, Plavix, Marcoumar, Xarelto)? Nehmen Sie noch andere Medikamente ein und wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Tragen Sie ein Gerät? (z.B. Schrittmacher, Schmerz- oder Insulinpumpe, Stimulator)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
21. Schwangerschaft	Sind sie möglicherweise schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
22. Allergien, Unverträglichkeit	Leiden Sie z.B. unter Heuschnupfen, Bienenstichallergie, Nesselfieber? Reaktionen auf Medikamente, Desinfektionsmittel, Heftpflaster, Latex?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	23. Zahnersatz	Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?

Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Aktuelle Sozial- und Pflegesituation *(Erwachsene, nur auszufüllen bei geplantem stationärem Spitalaufenthalt)*

24. Lebens- und Wohnsituation <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Familie / Kinder <input type="checkbox"/> Treppe, Anzahl Stufen Etagen <input type="checkbox"/> Lift <input type="checkbox"/> Institution (Pflege- / Altersheim)	25. Unterstützung zu Hause <input type="checkbox"/> Nein, keine Unterstützung notwendig <input type="checkbox"/> Ja, Unterstützung notwendig durch: <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Bekannte / Nachbarn / Weitere Welche Aufgaben werden übernommen? <input type="checkbox"/> Spitex-Organisation, Name: <input type="checkbox"/> Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> Haushalthilfe <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst
26. Arbeits- bzw. Erwerbssituation <input type="checkbox"/> Erwerbstätig, Beruf: <input type="checkbox"/> aktuell krankgeschrieben seit..... <input type="checkbox"/> Hausfrau / -mann <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Pensioniert <input type="checkbox"/> Schule / Studium <input type="checkbox"/> Keine	27. Fortbewegung <input type="checkbox"/> Selbständig, ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehstock / Stöcke <input type="checkbox"/> Rollator / Böckli <input type="checkbox"/> Rollstuhl Weitere: Sind Sie in den letzten 2 Monaten gestürzt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Falls Verletzungen entstanden sind, welche?
28. Sehen <input type="checkbox"/> Intakt <input type="checkbox"/> Vermindertes Sehen rechts / links <input type="checkbox"/> Blind rechts / links <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	29. Hören <input type="checkbox"/> Intakt <input type="checkbox"/> Schwerhörig rechts / links <input type="checkbox"/> Gehörlos rechts / links <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts <input type="checkbox"/> Hörgerät links
30. Ernährung, Kost <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Diät, welche?..... <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten / Allergien, welche?.....	31. Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Über Sonde <input type="checkbox"/> Andere
32. Urin Ausscheidung <input type="checkbox"/> Blasenentleerung ohne Probleme <input type="checkbox"/> Inkontinenz oder Hamverhalt <input type="checkbox"/> Ja, täglich <input type="checkbox"/> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial <input type="checkbox"/> Stomaträger/in <input type="checkbox"/> Dauerkatheter-Träger/in	33. Stuhlgang <input type="checkbox"/> Darmentleerung ohne Probleme <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stomaträger/in
34. Körperpflege (Waschen / Kleiden / Wundpflege) <input type="checkbox"/> ohne Unterstützung <input type="checkbox"/> mit Unterstützung: <input type="checkbox"/> offene Wunden am Körper, Ort: Anzahl und Grösse	35. Schmerzen <input type="checkbox"/> Aktuell keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Aktuell Schmerzen, Ort: Stärke auf einer Skala von 0-10 (0=keine, 10=stärkste Schmerzen): in Ruhe? / bei Bewegung?.....
36. Austrittsvorbereitung aus dem Spital <input type="checkbox"/> Rückkehr direkt nach Hause geplant <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe durch Angehörige <input type="checkbox"/> Mit Unterstützung durch <input type="checkbox"/> Weiterführende stationäre Nachsorge geplant? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung gewünscht?	37. Schlaf <input type="checkbox"/> Probleme beim Ein- / Durchschlafen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel Sonstige wichtige Informationen oder Anliegen für die Pflege?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!