



Patient

Name:	
Vorname:	
Geb.-Dat.:	
Grösse:	Gewicht:

**Gemeinschaftspraxis
für ambulante Anästhesie
Kirchweg 119a
5416 Kirchdorf**

Fragebogen (von Patientin/Patient, Eltern oder Betreuungspersonen auszufüllen)

Bisherige Operationen/Narkosen:	Jahr:

Leiden Sie gegewärtig, oder litten Sie früher, an einer der unten aufgeführten Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche/wann?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Allergien (gegen Medikamente, Nahrungsmittel, u.a.m.)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herz-Erkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kreislauf-Erkrankungen/Blutdruck-Probleme	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gefäss-Erkrankungen (Thrombose, Durchblutungsstörung)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutarmut/Blut-Erkrankungen (Neigung zu Blutergüssen)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungen-Erkrankungen (Asthma, Lungenentzündung)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leber-Erkrankungen (Gelbsucht, Leberverhärtung)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nieren-Erkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stoffwechsel-Erkrankungen (Diabetes, Gicht, Schilddrüse)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen (Magenbrennen)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nerven-Erkrankungen (Epilepsie, Multiple Sklerose)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Augen-Erkrankungen (grüner Star)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muskelerkrankungen (Muskeldystrophie, Maligne hyperthermie)	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere, bisher nicht erwähnte Krankheiten?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fühlen Sie sich ausser den jetzigen Leiden gesund?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt?	
	Wenn ja, weshalb?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein?	
	Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nikotin-, Drogen- oder übermässiger Alkoholkonsum?	
	Wenn ja, was und wieviel?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Narkoseprobleme aufgetreten?	
	Wenn ja, welche?	

Bitte teilen Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Wartezeit auf den Operationstag rechtzeitig mit, so z.Bsp. Grippe, Erkältungen, neue Medikamente, Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Folgende Fragen möchte ich anlässlich des telefonischen Vorgesprächs klären:

--

Bitte Senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen spätestens 5 Tage vor dem Eingriff an obige Adresse
Informieren Sie sich auch auf www.narcotix.ch

Gemeinschaftspraxis für ambulante Anästhesie
Dr. med. Michael Haag, Dr. med. Patricia Jacob
Kirchweg 119a, 5416 Kirchdorf, info@narcotix.ch
Fon 056 282 59 40, Fax 056 282 59 41, www.narcotix.ch