

PERSÖNLICHER FRAGEBOGEN

Name:	Vorname:
Strasse:	Ort:
Geb. Datum:	Gewicht: kg Grösse: cm
Geplanter Operationstermin:	Erreichbar über Tel.-Nr:
Ihr operierender Arzt:	

Frühere Operationen und Eingriffe

Jahr

Leiden Sie gegenwärtig – oder litten Sie früher – an einer der unten aufgeführten Erkrankungen?

Ja	Nein		wenn ja: wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislauf-/ Blutdruck-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefäss-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut/Blutungsneigung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungen-Erkrankung/Asthma	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel-Erkrankung/Diabetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerven-Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlen Sie sich ausser dem jetzigen Leiden gesund?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt? <i>Wenn ja, weshalb?</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente und/oder Blutverdünner. <i>Wenn ja, welche?</i> (Aspirin, Tiatral, Sintrom, Marcoumar)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen? <i>Wenn ja, was und wieviel?</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie - oder Blutsverwandte - Narkosekomplikationen? <i>Wenn ja, welche?</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere, bis anhin nicht erwähnte Krankheiten? <i>Wenn ja, welche?</i>	

Bitte teilen Sie uns Aenderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Wartezeit auf die Operation rechtzeitig mit, so z.Bsp. Erkältungen, neue Medikamenteneinnahmen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Ich wünsche eine Vollnarkose Sedation Regionalanästhesie: rückenmarksnah / andere und bin mit einer allfällig nötigen Alternativmethode, wie im Informationsblatt beschrieben, einverstanden.

Folgende Fragen möchte ich anlässlich des bevorstehenden Prämedikationsgesprächs klären:

Bitte senden Sie dieses Blatt spätestens 5 Tage vor dem geplanten Eingriff an:

Dr. med. D. Centazzo, Morgental 35, 8126 Zumikon / Fax: 043-222 31 23 / e-mail: info@relaax.ch