

## Fragebogen-Gesundheit

ETIKETTE

Geplante Operation: .....

OP – Datum: .....

Grösse: .....cm      Gewicht:.....kg

### Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

**Fühlen Sie sich gesund?** Wenn nein: weshalb nicht?  ja     nein

---

**Nahmen oder nehmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein?**  ja     nein  
Wenn ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?

---

**Wurden Sie schon einmal operiert?** Wenn ja, was, wann?  ja     nein

---

**Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten?** (z.B. Übelkeit, Erbrechen)  ja     nein

**Kam es bei Blutsverwandten zu Anästhesiezwischenfällen?**  ja     nein

**Sind Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt?** Wenn ja: welche?  ja     nein

---

### Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen davon:

**Herzerkrankungen?**  ja     nein  
z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher

**Kreislauf- und Gefäss-Erkrankungen?**  ja     nein  
z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombosen hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall

**Lungen- und Atemwegserkrankungen?**  ja     nein  
z.B. chronische Bronchitis, Husten Auswurf, Asthma, Lungenentzündung, Tbc

**Magen- / Darmerkrankungen?**  ja     nein  
z.B. Sodbrennen, saures Aufstossen

**Nierenerkrankungen?**  ja     nein  
z.B. Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht

**Lebererkrankungen?**

z.B. Gelbsucht, Hepatitis

ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen?**

z.B. Zuckerkrankheit

ja  nein

**Schilddrüsenerkrankungen?**

z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf

ja  nein

**Nervenleiden, Gemütskrankungen?**

z.B. Epilepsie, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Depression

ja  nein

**Erkrankungen des Bewegungsapparates**

z.B. Rückenprobleme, Muskelschwäche

ja  nein

**Störungen der Blutgerinnung?**

(z.B. häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen)

ja  nein

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

ja  nein

**Rauchen Sie?**

Wenn ja: was und wieviel pro Tag?

ja  nein

**Trinken Sie Alkohol?**

Wenn ja: was und wieviel pro Tag?

ja  nein

**Konsumieren Sie Drogen?**

Wenn ja: was und wieviel pro Tag?

ja  nein

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen, vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Rapperswil, .....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)