

Persönlicher Fragebogen

Vorname	Nachname
Geschlecht	Geburtsdatum
Strasse	PLZ/Ort
Gewicht (kg)/Grösse (cm)	Geplanter Operationstermin
Telefonnummer	E-Mail
Ihr operierender Arzt	

Hatten Sie bereits Operationen oder Eingriffe? Bitte beschreiben Sie kurz den Eingriff und notieren Sie das Jahr, in dem der Eingriff durchgeführt wurde.

Eingriff	Jahr
-----------------	-------------

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (auch Blutverdünner und Herz-/Kreislaufmedikamente)? Bitte notieren Sie das Medikament und die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme

Leiden Sie jetzt oder litten Sie früher an einer der unten aufgeführten Erkrankungen? Kreuzen Sie bitte zutreffendes an und nennen Sie uns seit wann Sie darunter leiden bzw. wann Sie darunter gelitten haben

Krankheit	wenn ja, wann	Krankheit	wenn ja, wann
<input type="checkbox"/> Allergien (auf was?)		<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung		<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	
<input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Blutdruckerkrankung		<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung	
<input type="checkbox"/> Gefässerkrankung		<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Blutarmut		<input type="checkbox"/> Magen-Darm Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung			
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung		<input type="checkbox"/> andere:	

Wir benötigen von Ihnen noch weitere Angaben.

Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt?

Wenn ja, wieso?

Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen?

Wenn ja, was wie oft und wieviel?

Hatten Sie - oder Blutsverwandte - Narkosekomplikationen?

Wenn ja, welche?

Andere wichtige komplikationen?

Wenn ja, welche?

Bitte senden Sie uns dieses Formular so früh wie möglich, spätestens jedoch 4 Tage vor der geplanten Operation auf dem Postweg oder per Email an info@swisscentralclinic.ch

Jeder Patient/ Jede Patientin wird von unseren Fachärzten Anästhesie telefonisch kontaktiert, um allfällige Fragen zu klären

WICHTIG: Teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Wartezeit auf den Operationstag umgehend mit! (Z.B.: Erkältungen, neue Medikamenteneinnahmen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes)

Ich habe diesen Fragebogen verstanden und wahrheitsgetreu ausgefüllt

Ort, Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen für das Engagement und freuen uns, Sie am Operationstag begrüßen zu dürfen.