

- Bitte füllen Sie den Anästhesie-Fragebogen gewissenhaft und **vollständig** aus und geben ihn anschliessend gleich im Sekretariat des Operateurs ab.
- Sie können ihn auch per Mail **umgehend zurücksenden** an medinaulac@szb-chb.ch

Besten Dank für Ihre wichtige Zusammenarbeit.

Persönliche Angaben

Vorname		Körpergrösse (cm)	
Name		Körpergewicht (kg)	
Geburtsdatum			
Telefon (Privat)		Telefon (Mobil)	

Zur Operation

OP-Termin	
Geplante Operation	

**Leiden oder litten Sie an unten aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?
Bitte entsprechend ankreuzen und bei Ja vollständig ausfüllen, unterstreichen und ergänzen**

	Ja	Nein
Herz und Kreislauf , wie Bluthochdruck, Herzerkrankung, Angina Pectoris, Herzrhythmusstörungen, arterielle Verschlusskrankheit, Herzschrittmacher? Was genau? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge : Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe, Lungenembolie? Was genau? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut : Gerinnungsstörung, Nasenbluten, Blutarmut, gerinnungshemmende Medikamente? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel, wie : Diabetes, Schilddrüse, Cholesterin, Gicht? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem, wie Schlaganfall, Streifung, Epilepsie, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Migräne? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Magen, Darm, Niere, Leber, wie: saures Aufstossen, Dialyse, Leberzirrhose o.ä.? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie lockere Zähne, ein Gebiss, Prothesen, Implantate etc.? Ober-, Unterkiefer? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien auf Penicillin, Jod, Latex, Aspirin, Pflaster, Metalle etc.? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen sie? Wie viel pro Tag und wie lange schon? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wie viel und wie häufig? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie andere Drogen? Cannabis, Kokain, sonstige? Wann zum letzten Mal? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bisher schon Operationen? Wann wurde Operiert und was? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Narkosekomplikationen? Erbrechen, Unverträglichkeiten, Kreislaufreaktionen, schwierige Intubation, Allergische Reaktionen? Wann und welche? Bitte ergänzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, nicht erwähnte Krankheiten? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie regelmässig Medikamente einnehmen, gehen Sie bitte baldmöglichst zu Ihrem Hausarzt, teilen ihm mit, dass Sie im AOP Biel operiert werden und überreichen ihm das Formular „Brief an den Hausarzt“. Er wird für die Anästhesie einen aktuellen Arztbericht über Ihren Gesundheitszustand erstellen und uns diesen zustellen.

Ich habe die Fragen zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgetreu beantwortet.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____