
Patienten-Fragebogen zur Anästhesie

Liebe Patientin, lieber Patient

Um den bei Ihnen vorgesehenen Eingriff optimal planen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Anschliessend senden Sie bitte den Bogen im beiliegenden Umschlag zurück an:

Spital STS AG
z. H. Bettendisposition Chirurgie
Krankenhausstrasse 12
3600 Thun

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

Wenn ja: wann, welche Operation(en) und in welchem Spital?

Sind bei Ihnen oder bei nahen Verwandten bei Operationen oder Narkosen Komplikationen aufgetreten?

Sind bei Ihnen oder bei nahen Verwandten bei Operationen oder beim Zahnziehen verstärkte Blutungen aufgetreten?

Neigen Sie zu vermehrtem Nasenbluten, Zahnfleischbluten, Bluten nach Schnittverletzungen oder „blauen Flecken“?

Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern/Geschwister) Fälle von Blutungsneigung?

Waren Sie aus anderen Gründen bereits in einem Spital in Behandlung?

Leiden Sie an einer Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems?

z. B. Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzkatheter/Stent-Einlage, Herzschrittmacher oder Defibrillator

Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege?

Leiden Sie an einer Erkrankung von Magen-Darm-Trakt, Leber, Niere oder Nervensystem?

Leiden Sie an Zuckerkrankheit oder an einer anderen Stoffwechselkrankheit?

Haben Sie eine Allergie oder eine Unverträglichkeit?

Bitte bringen Sie ihren Allergie-Pass mit.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Bitte geben Sie den Namen und die Dosierung an.

Alternativ können Sie uns auch eine Kopie Ihrer Medikamenten-Liste beifügen.

Name	Dosis	Häufigkeit
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____