

Anästhesie-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden Sie ihn umgehend per Post oder E-Mail zurück.
 Postadresse: Spital Männedorf AG, Sekretariat Anästhesie, Asylstrasse 10, 8708 Männedorf
 E-Mail: eintritt@spitalmaennedorf.ch

Persönliche Angaben

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Telefon privat _____

E-Mail _____ Telefon mobil _____

Sind Sie bei einem Hausarzt oder Herzspezialisten in Behandlung oder in Kontrollen? Wann?

Hausarzt _____

Herzspezialist _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name / Dosis)

Frühere Operationen / Narkosen

Bestand oder besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls ja, bitte Kommentar einfügen.

Narkoseprobleme bei Ihnen oder Verwandten, z.B. maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herz: z.B. Herzinfarkt, Stents, Rhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Herzklappen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Bitte bringen Sie den Ausweis mit
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gerinnungsstörung: z.B. häufig blaue Flecken, Nasen- oder Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lunge: z.B. COPD, Asthma, Heimsauerstoff	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose, Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall, Hirnblutung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



