

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name

Geburtsdatum

Alter

Geplanter Tag der Operation

Geplanter Eingriff

ALLERGIEN UND NOXEN

- Allergien auf: _____
- Medikamentenunverträglichkeit auf: _____
- Raucher Wieviel pro Tag: _____
- Alkohol regelmäßig selten
- Drogen regelmäßig selten Substanz: _____
- Sie haben schon einmal eine Narkose nicht vertragen?

BEGLEITERKRANKUNGEN

Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen wie:

- Nein
- Bluthochdruck
- Herzschwäche
- Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen in den Beinen oder Armen
- Durchblutungsstörungen im Gehirn?

Leiden Sie an Lungenerkrankungen wie:

- Nein
- Asthma
- Chronische Bronchitis oder COPD
- andere Lungenerkrankungen

Haben Sie in der Nacht Atemaussetzer (Schlafapnoe)?

- Ja/nein

Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen wie:

- Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Erkrankungen der Schilddrüse
- Übergewicht (Adipositas)

Leiden Sie an Störungen des Verdauungstraktes wie:

- Nein
- Regelmäßiges Aufstoßen oder viel Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Durchfallerkrankungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Hatten Sie schon einmal folgende Krankheiten:

- Nein
- Herzinfarkt
- Schlaganfall,
- Lungenembolie

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?