

Gesundheitsfragebogen Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation in Narkose geplant. Um Sie mit grösstmöglicher Sicherheit und Sorgfalt betreuen zu können, benötigen wir genaue Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Danke, dass Sie diesen Fragenbogen sorgfältig ausfüllen und uns zeitnah zurückschicken.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Telefon:	Grösse:	Gewicht:
Hausarzt / Hausärztin (Name, Ort, Telefonnummer):			

GEPLANTE BEHANDLUNG / OPERATION:	Eingriffsdatum:
----------------------------------	-----------------

FRÜHERE BEHANDLUNGEN / OPERATIONEN	JA	NEIN
Hatten Sie bereits eine Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was für eine Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es bei früheren Narkosen Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es bei Blutsverwandten Probleme im Zusammenhang mit einer Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHR AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND	JA	NEIN
Fühlen Sie sich aktuell gesund und leistungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie mühelos (ohne Atemnot) im Treppenhaus 2 Etagen hochsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck (auch JA ankreuzen, wenn mit Medikamenten gut eingestellt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzleiden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Herzkloppenerkrankung, Zustand nach Herzoperation, Zustand nach Reanimation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, Schrittmacher, Defibrillator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässerkrankungen (Venenleiden, Zustand nach Thrombose / Lungenembolie, Arterielle Verschlusskrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, Heimsauerstoff)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, haben Sie ein Therapiegerät? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Cholesterin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes oder der Blutgerinnung (z.B. Leukämie, Blutarmut, häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken oder Hautblutungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenprobleme (z.B. Magenbrennen, Reflux, Magenbypass, Magenband)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen (z.B. Muskelschwäche, Muskeldystrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Ängste, Panikattacken, Burnout, ADHS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnte aktuell eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien und Unverträglichkeiten? Wenn JA, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Falls Allergiepass vorhanden, bitte diesen am Narkosetag mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie blutverdünende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche?		
Nehmen Sie weitere Medikamente regelmässig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche?		
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, Wie oft und wie viel?		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, Wie viele Zigaretten pro Tag?	Seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen?		
Wenn JA, welche?		
Tragen Sie eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEMERKUNGEN / FRAGEN

--

Bitte teilen Sie uns mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand während der Zeit bis hin zur Operation ändern sollte (z.B. Erkältungen, Fieber, neue Medikamente etc.).

Bitte senden Sie dieses Formular bis spätestens 5 Tage vor dem geplanten Eingriff an:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, oder per E-Mail an: anaesthesiazentrum@hin.ch

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung/Allgemeine Geschäftsbedingungen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der vorhergehenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich des weiteren die AGB der AnästhesieZentrum.ch AG, welche jederzeit unter folgendem Link abrufbar sind: <https://www.anaesthesiazentrum.ch/terms-and-conditions>

Ort, Datum

Unterschrift