

Operateur:	Operation:	OP-Datum:
------------	------------	-----------

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen (ankreuzen, unterstreichen und allenfalls ergänzen) und baldmöglichst (spätestens aber 14 Tage vor der Operation) per Mail an Tagesklinik Ambimed zu retournieren.



ambimed.basel@hin.ch

Sollten von unserer Seite noch Fragen ausstehen oder erachten wir eine hausärztliche Abklärung vor der Operation als notwendig, werden wir uns bei Ihnen melden.

Name, Vorname, Geschlecht:	Geburtsdatum:	Grösse:	Gewicht:
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d			

Ihre Telefonnummer(n):	Hausarzt/ Hausärztin (Name, Adresse, Telefon):
Ihre Mailadresse:	

Regelmässig einzunehmende Medikamente (insbesondere auch Prostatamittel):

Fragen	JA	Nein
Fühlen Sie sich gesund und altersentsprechend leistungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme, 30 Minuten flach zu liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme zwei Etagen Treppen zu steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Auf Medikamente (insbesondere Antibiotika), Jod, Latex, Nahrungsmittel, etc:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkreislauf-/Gefässsystem (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Stenteinlage/Herzoperationen, Herzschrittmacher / Defibrillator, Rhythmusstörungen, Herzklappen- oder Herzmuskelerkrankungen, Gefässerweiterungen (Aneurysma) etc):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lungenerkrankungen (z.B. Lungenembolien, COPD, Asthma, Schlafapnoesyndrom mit oder ohne CPAP Gerät, etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magendarmtrakt (z.B. Reflux/saures Aufstossen, Operationen am Magen (Magenbypass, Magenverkleinerungen etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- und / oder Nierenerkrankungen (z.B. Hepatitis (Gelbsucht), Zirrhose, Unterfunktion der Nieren (Niereninsuffizienz) etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene, erworbene oder medikamentös bedingte Veränderungen der Blutgerinnung, Neigung zu blauen Flecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrales Nervensystem/Gehirn (z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Parkinson, Tremor (Zittern), Lähmungen etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen (Blutzucker-, (Diabetes), Schilddrüsenerkrankungen etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im Zusammenhang mit einer früheren Narkose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen nach einer Narkose ein Ausweis wegen eines 'Schwierigen Atemweges' oder einer 'Schwierigen Intubation' ausgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Zahnprothese oder haben Sie lockere Zähne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen (Alkohol, Nicotin, Drogen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertragbare Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es noch weitere gesundheitliche Beschwerden / Probleme, die für uns wichtig sein könnten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Name, Vorname	
Datum	
Unterschrift	