NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

**Gesundheitsfragebogen**

**Gewicht (kg):** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Grösse (cm):** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?** ( ) nein ( ) ja, nämlich

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Medikamenten-Unverträglichkeiten?** ( ) nein ( ) ja, nämlich

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?** ( ) nein ( ) ja, nämlich

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Immunsuppressiva?** ( ) nein ( ) ja, nämlich

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?** ( ) nein ( ) ja, sporadisch ( ) ja, täglich

Falls täglich: Was? \_\_\_\_\_\_\_\_ Deziliter? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** ( ) nein ( ) ja, sporadisch ( ) ja, täglich

Falls täglich: Was? \_\_\_\_\_\_\_\_ Wieviel/Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Konsumieren Sie andere Drogen?** ( ) nein ( ) ja, nämlich

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sozialanamnese:**

Ich bin zur Zeit krankheitsbedingt regelmässig auf fremde Hilfe angewiesen ( ) ja ( ) nein

Im Falle einer Operation kann danach ich selbst fremde Hilfe organisieren ( ) ja ( ) nein

Ich bin auf Treppensteigen angewiesen ( ) ja ( ) nein

Ich bin auf das Führen eines Motorfahrzeugs angewiesen ( ) ja ( ) nein

**Leiden Sie an einem der folgenden Symptome bzw. einer der folgenden Krankheiten:**

Chronischer Husten ( ) nein ( ) ja

Atemnot ( ) nein ( ) ja, bei Anstrengung ( ) ja, immer

Auswurf ( ) nein ( ) ja

Asthma ( ) nein ( ) ja

Schlafapnoesyndrom ( ) nein ( ) ja ( ) benötige CPAP-Gerät

Brustschmerzen/Angina pectoris ( ) nein ( ) ja, bei Anstrengung ( ) ja, auch z.T. in Ruhe

Herzrasen/Herzrhythmusstörung ( ) nein ( ) ja ( ) Herzschrittmacher

Beinödeme ( ) nein ( ) ja

Bluthochdruck ( ) nein ( ) ja

Ohnmachtsattacken ( ) nein ( ) ja

Diabetes mellitus ( ) nein ( ) ja ( ) unter Insulin

Gicht ( ) nein ( ) ja

Fieber innert 2 Wochen ( ) nein ( ) ja

Blasenentzündung innert 1 Woche ( ) nein ( ) ja

Atemwegsinfekt innert 1 Woche ( ) nein ( ) ja

Sonstige Infekte innert 2 Wochen ( ) nein ( ) ja, nämlich \_\_\_\_\_\_\_\_

Chronischer Infekt ( ) nein ( ) ja, nämlich \_\_\_\_\_\_\_\_

(z.B. HIV, Hepatitis B, Hep. C)

Besiedlung mit Problemkeim ( ) nein ( ) ja, nämlich \_\_\_\_\_\_\_\_

(z.B. MRSA, ESBL)

Ungewollter Gewichtsverlust ( ) nein ( ) ja, nämlich (kg/Wo.) \_\_\_\_\_\_\_\_

Nachtschweiss ( ) nein ( ) ja

Durchfall ( ) nein ( ) ja

Verstopfung ( ) nein ( ) ja

Blut im Stuhl ( ) nein ( ) ja

Stuhlinkontinenz ( ) nein ( ) ja

Urininkontinenz ( ) nein ( ) ja

Schmerzen beim Wasserlassen ( ) nein ( ) ja

Blut im Urin ( ) nein ( ) ja

Schlafstörungen ( ) nein ( ) ja

Depressionen ( ) nein ( ) ja

Schizophrenie ( ) nein ( ) ja

Zwangsstörungen ( ) nein ( ) ja, nämlich \_\_\_\_\_\_\_\_

Angststörungen ( ) nein ( ) ja, nämlich \_\_\_\_\_\_\_\_

(z.B. Platzangst, Nadelphobie)

Vermehrte Blutungsneigung ( ) nein ( ) ja

Chronische Blutarmut ( ) nein ( ) ja

Könnten Sie schwanger sein? ( ) nein ( ) ja ( ) N/A

Stillen Sie? ( ) nein ( ) ja ( ) N/A

**Folgende Medikamente nehme ich regelmässig ein:**

Präparat Dosierung Morgens Mittags Abends zur Nacht

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

**Folgende Operationen habe ich bereits durchführen lassen:**

Operation Krankheit Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift