

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**FRAGEBOGEN GESUNDHEIT**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

<b>Fühlen Sie sich gesund?</b> Falls nein, weshalb nicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Können Sie ohne Unterbrechung zwei Stockwerke Treppen steigen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Wochen Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wurden Sie schon einmal operiert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Ergaben sich bei der Anästhesie Besonderheiten?</b> (z.B. Übelkeit, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Kam es bei Blutverwandten zu Anästhesievorfällen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Sind Überempfindlichkeiten oder Allergien bekannt?</b> (z.B. Latex, Jod, Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen:**

<b>Herzerkrankungen</b> (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Bypass, Stent, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Kreislauf- und Gefässkrankheiten</b> (Durchblutungsstörungen, Thrombosen, hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Lungen- oder Atemwegserkrankungen</b> (Chronische Bronchitis, Husten, Auswurf, Asthma, Lungenentzündung, Tbc)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Magen-/Darmerkrankungen</b> (Sodbrennen, saures Aufstossen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Nierenerkrankungen</b> (Nierenfunktionsstörungen, Dialysepflicht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Lebererkrankungen</b> (Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Stoffwechselerkrankungen</b> (Diabetes mellitus), <b>Schilddrüsenkrankungen</b> (Hypothyreose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Nervenleiden, Gemütskrankungen</b> (Epilepsie, Lähmungen, Gefühlstörungen, Depression)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Erkrankungen des Bewegungsapparates</b> (Rückenprobleme, Muskelschwäche)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Störung der Blutgerinnung</b> (Häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach OP)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Konsumieren Sie erhöhte Mengen an Rauschmittel?</b> (Alkohol, Tabak, Drogen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Gibt es bei Ihnen lockere Zähne, Provisorien?</b> (Zahnersatz, Prothesen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Notfallkontakt (inkl. Telefonnummer):** \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_