



## Patientenfragebogen vor ambulanten Operationen

Bei Ihnen ist eine Operation geplant. Die folgenden Fragen sind für uns wichtig, um Ihre Operationsfähigkeit einzuschätzen zu können. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an unser Praxispersonal wenden. Wenn Sie etwas nicht wissen, lassen Sie die Stelle einfach frei.

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
<b>Was soll bei Ihnen operiert werden?</b>	
<b>Für welchen Tag ist Ihre Operation geplant?</b>	
<b>Wo wird die Operation durchgeführt? (In welcher Einrichtung/welcher Arzt)</b>	
<b>Wurden Sie schon einmal operiert? Falls ja, was und wann wurde operiert?</b>	
<b>Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → welche? _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span> _____

<b>Kam es bei früheren Narkosen bzw. Operationen zu Komplikationen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → welche? _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span> _____
<b>Leiden Sie unter Luftnot?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, häufig bereits in Ruhe Luftnot <input type="checkbox"/> Ja, häufig Luftnot bei leichter körperlicher Belastung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <input type="checkbox"/> Ja, häufig Luftnot bei starker körperlicher Belastung <input type="checkbox"/> Ja, anfallsartige Luftnot
<b>Sind in Ihrer Familie Muskelerkrankungen bekannt (z.B. Myasthenia gravis)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → welche <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
<b>Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
<b>Bekommen Sie schnell blaue Flecke, oder dauert es, wenn Sie sich verletzen, ungewöhnlich lange bis die Blutung aufhört?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
<b>Haben Sie eine bekannte Herz- oder Lungenerkrankung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>