

Persönlicher Fragebogen

Name Vorname

Geschlecht Geburtsdatum

Strasse Ort/PLZ

Gewicht(KG)/Grösse(CM) Geplanter Operationstermin

Telefonnr. E-Mail

Ihr operierender Arzt **Allergien**

Hatten Sie bereits Operationen oder Eingriffe? Bitte beschreiben Sie kurz den Eingriff und notieren Sie das Jahr, in dem der Eingriff durchgeführt wurde.

Eingriff	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (auch Blutverdünner und Herz-/Kreislaufmedikamente)? Bitte notieren Sie das Medikament und die Häufigkeit der Einnahme.

Leiden Sie jetzt oder litten Sie früher an einer der unten aufgeführten Erkrankungen? Kreuzen Sie bitte zutreffendes an und nennen Sie uns seit wann Sie darunter leiden bzw. wann Sie darunter gelitten haben.

Krankheit	wenn ja, wann	Krankheit
Allergien (auf was?) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
Herzerkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
Kreislaufferkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
Blutdruckerkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung
Gefässerkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
Blutarmut <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung
Andere Erkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Wir benötigen von Ihnen noch weitere Angaben

Wurden Sie in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt? Wenn ja, wieso?

Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen? Wenn ja, was, wie oft und wieviel?

Hatten Sie – oder Blutsverwandte- Narkosekomplikationen? Wenn ja, welche?

Andere wichtige Komplikationen? **Allergien?** Wenn ja, welche?

Bitte senden Sie uns dieses Formular spätestens 4 Tage vor der geplanten Operation auf postalischen Weg oder per E-Mail an info@swisscentralclinic.ch.

Jeder Patient/jede Patientin wird von unseren Fachärzten Anästhesie telefonisch kontaktiert, um allfällige Fragen zu klären.

WICHTIG: Teilen Sie uns Änderungen ihres Gesundheitszustandes bitte so früh wie möglich vor dem Operationstag umgehend mit. Sollte der Fragebogen nicht Wahrheitsgetreu ausgefüllt werden, übernimmt die Swiss Central Clinic AG keinerlei Haftung im Fall von Komplikationen.

Ich habe diesen Fragebogen und wahrheitsgetreu ausgefüllt. Bitte verschweigen Sie uns nichts, da dies zu Komplikationen führen kann.

Name Vorname

Ort/Datum Unterschrift

Wir danken Ihnen für das Engagement und freuen uns, Sie am Operationstag in der Swiss Central Clinic AG begrüßen zu dürfen.