



Réf. : FO-3589

Version : 8

Processus : * 3.2.10.01.05.02 Consentements et questionnaires de santé

Abteilung für präoperative Untersuchung des CHVR

Internet : <http://www.hopitalvs.ch/uep>

APU Sion Tél. 027/603 4592 E-mail : sion.uep@hopitalvs.ch

APU Martigny Tél. 027/603 9821 E-mail : martigny.uep@hopitalvs.ch

APU Sierre Tél. 027/603 7596 E-mail : sierre.uep@hopitalvs.ch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung des Arztes aus.

Name : Vorname(n) : Beruf :

Grösse :cm Gewicht : kg Alter :Jahre

1. Sind Sie in medizinischer Behandlung? Nein Ja
Wegen welcher Krankheit ?

.....
.....

2. Falls dies Sie betrifft, sind Sie schwanger? Nein Ja

3. Nehmen Sie Medikamente ? Nein Ja
Wenn ja, welche ?

Name des Medikaments	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

4. Wurden Sie schon einmal operiert ? Nein Ja

Wenn ja, welche Operationen und wann ?

Operationen / Hospitalisationen	Jahre

5. Sind bei der Narkose Probleme aufgetreten ? Wenn ja, welche ? Nein Ja

.....

Gab es in Ihrer Familie Probleme bei einer Narkose ? Nein Ja

Leidet jemand in Ihrer Familie an einer Muskelerkrankung ? Nein Ja

Réf. : FO-3589

Version : 8

Processus : * 3.2.10.01.05.02 Consentements et questionnaires de santé

Leiden Sie oder haben Sie schon einmal gelitten an:

6. Muskelschwäche oder Muskelerkrankung ? Nein Ja
7. Herzkrankheit (Herzinfarkt, Angina pectoris, Atemnot bei Anstrengung z.B beim Treppensteigen, Herzklopfen) ? Nein Ja
8. Kreislaufstörungen (hoher Blutdruck, Krämpfe, Thrombosen, Embolien, Blutungen, Krampfadern) ? Nein Ja
9. Lungen-oder Atemwegserkrankungen (Tuberkulose, Pneumonie, Asthma, Bronchitis)? Nein Ja
10. Krankheiten der Leber oder der Gallenblase (Gelbsucht) ? Nein Ja
11. Nierenkrankheiten (Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Infektionen) ? Nein Ja
12. Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Gicht) ? Nein Ja
13. Endokrinologische Krankheit (Schilddrüse, Kropf)? Nein Ja
14. Erkrankungen der Augen (Glaukom)? Nein Ja
15. Nervenkrankheiten (Epilepsie, Lähmungen)? Nein Ja
16. Verhaltensstörungen (Depression) ? Nein Ja
17. Erkrankungen des Skelettsystems ? (Diskushernie, Erkrankungen der Gelenke, Arthrose) Nein Ja
18. Blutkrankheiten oder Gerinnungsstörungen (Blutergüsse oder Blutungen)? Nein Ja
19. Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Allergien gegen Medikamente) ? Nein Ja
- Wenn ja, welche ? :
20. Leiden Sie an einer anderen Krankheit, die hier nicht erwähnt wurde? Nein Ja
Wenn ja, welche ?
.....
21. Tragen Sie eine Zahnprothese? Nein Ja
22. Rauchen Sie regelmässig ? Nein Ja
Wenn ja, wieviel seit..... Jahren
23. Trinken Sie regelmässig Alkohol ? Nein Ja
Wenn ja wieviele Gläser pro Tag ?
24. Besitzen Sie eine selbsterstellte Patientenverfügung oder haben Sie einen therapeutischen Vertreter ernannt ? Nein Ja

Haben Sie zusätzliche Bemerkungen ?

.....

.....

.....

Datum :

Unterschrift :