



Anästhesiesprechstunde **Telefon:** **Standort Brig:** intern: 3045, extern: 027 / 970 30 45
Standort Visp: intern: 2199, extern: 027 / 970 21 99

Bitte melden Sie sich bei den oben erwähnten Nummern, um den Termin in der Anästhesiesprechstunde zu vereinbaren, falls Sie keinen Termin haben.

- In Brig: Dienstag, Mittwoch 15:00 bis 17:00 und Freitag 14:00 bis 16:00
- In Visp: Montag, Dienstag und Mittwoch 14:00 bis 16:00

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung des Arztes aus.
Ihr Hausarzt oder die Praxisassistentin der PAS werden Ihnen falls nötig dabei helfen.**

Name : Grösse : cm
Vorname(n) : Gewicht : kg
Alter : Jahre Beruf :

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

2. Sind Sie schwanger ? Nein Ja

3. Nehmen Sie Medikamente ? Wenn ja, Name und Dosierung ? Nein Ja

Name	morgens	mittags	abends

4. Wurden Sie schon einmal operiert ? Wenn ja, welche Operation und wann ? Nein Ja

Jahr	Operation

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

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

Leiden Sie oder haben Sie schon einmal gelitten an :		
6. Muskelschwäche oder Muskelkrankheit ? Leidet jemand in Ihrer Familie an einer muskulären Erkrankung ?	Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
7. Herzkrankheit (Herzinfarkt, Angina pectoris, Atemnot bei Anstrengung (zB Treppensteigen), Herzbeutelentzündung, Herzklopfen) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
8. Kreislaufstörungen (hoher Blutdruck, Muskelschmerzen, Thrombosen, Embolien, Blutungen) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
9. Lungen-oder Atemwegskrankheiten (Tuberkulose, Pneumonie, Asthma, Bronchitis) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
10. Krankheiten der Leber oder der Gallenblase (Gelbsucht) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
11. Nierenkrankheiten (Pyelonephritis, Nierensteine) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
12. Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Gicht) ? Diabetes Mellitus?	Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
13. Schilddrüsenkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
14. Erkrankungen der Augen (Glaukom) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
15. Nervenkrankheiten (Krämpfe, Lähmungen)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
16. Depression?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
17. Erkrankungen des Skelettsystems ? (Diskushernie, Erkrankungen der Gelenke) ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
18. Blutkrankheiten oder Gerinnungsstörungen (Blutungsneigung)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
19. Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, usw.) Allergien gegen Medikamente ? Welche?	Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
20. Eine andere Krankheit, die hier nicht erwähnt wurde?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
21. Haben Sie eine Zahnprothese?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
22. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviel seit Jahren	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
23. Trinken Sie regelmässig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Haben Sie zusätzliche Bemerkungen?

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift: