

Département  
d'anesthésiologie et  
de réanimation  
du CHCVs

## Abteilung für präoperative Untersuchung des CHCVs

**UEP centrale, Sion** Tél. 027/603.4592 Fax 027/603.4646 E-mail : [uep.sion@rsv-gnw.ch](mailto:uep.sion@rsv-gnw.ch)

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Voruntersuchung des Arztes aus.  
Ihr Hausarzt oder die Schwester der UEP 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. Falls dies Sie betrifft, 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
- \_\_\_\_\_

