

Réf. : FO-3589

Version : 4

Processus : 3.2.01.06 Entrée - Unité d'évaluation préopératoire (UEP)

Abteilung für präoperative Untersuchung des CHVR

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

UEP Sion Tél. 027/603 4592 Fax 027/603 4646 E-mail : uep.sion@hopitalvs.ch

UEP Martigny Tél. 027/603 9821 Fax 027/603 9615 E-mail : uep.martigny@hopitalvs.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 : 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

Réf. : FO-3589

Version : 4

Processus : 3.2.01.06 Entrée - Unité d'évaluation préopératoire (UEP)

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
- 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 ?

Haben Sie zusätzliche Bemerkungen ?

Datum :

Unterschrift :