

Operative Eingriffe

Sie haben sich für einen operativen Eingriff bei uns entschieden. Besten Dank für Ihr Vertrauen! Zu Ihrer Sicherheit und um einen optimalen Operationsverlauf gewährleisten zu können bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Die Fragen beziehen sich auf Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Beantworten Sie bitte jede Frage, indem Sie entweder Ja oder Nein ankreuzen. Bitte beachten Sie Vor- und Rückseite dieses Formulars.

Leiden oder litten Sie an	Ja	Nein
Herzbeschwerden oder Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komplikationen bei einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Störungen des Magendarmtraktes, der Leber oder der Gallenblase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Störungen von Niere oder Blase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Störungen des Nervensystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überempfindlichkeit auf Medikamente (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ja

Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Lokalanästhesie durchgeführt?

Nehmen Sie gegenwärtig regelmässig Medikamente ein?

Wenn ja, bitte listen Sie sie auf:

Rauchen Sie?

Sind Sie HIV getestet?

Wenn ja, mit welchem Resultat?

Sind Sie schwanger?

Ich habe alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäss
beantwortet.

Name und Vorname

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift