



FRAGEBOGEN

AOZ-BEO



**Bitte diesen Fragenbogen  
vollständig ausfüllen  
und rasch möglichst mit  
dem Rückantwortcouvert  
senden an:**

Spital STS AG Thun  
Operations- und  
Anästhesie-Sprechstunde (OPAS)  
Krankenhausstrasse 12  
CH-3600 Thun

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten und schicken Sie uns den Fragebogen baldmöglichst per Briefpost zu (vorfrankiertes Couvert liegt bei).

## Angaben zu Ihrer Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
Vorname/Name	Geburtsdatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse/Nr.	Postleitzahl/Ort	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Mobil-Telefon (für SMS)	E-Mail		

## Kontaktperson/Angehöriger

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Partnerin/Partner
Name Kontaktperson/Angehöriger	(Mobil-) Telefon Kontaktperson	<input type="radio"/> Tochter/Sohn
		<input type="radio"/> Mutter/Vater
		<input type="radio"/> Andere

## Übernahme der Behandlungskosten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name Krankenversicherung	Nummer Versichertenkarte (20-stellig)	

Nur bei Unfall: Unfallmeldung bei Arbeitgeber/Krankenkasse gemacht?  Ja  Nein

<input type="text"/>
Name Unfallversicherung

**Betriebsunfall: Bitte Arbeitgeber angeben!**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Arbeitgeber	Adresse Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geplante Operation	Geplantes Operationsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuweisender Arzt (Name)	Hausarzt (Name)

1 Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg | Grösse: \_\_\_\_\_ cm

2 Fühlen Sie sich aktuell körperlich geschwächt oder krank?  Ja  Nein

3 Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?: \_\_\_\_\_

Und waren Sie dort bei einem Arzt?  Ja  Nein

Und waren Sie dort in einem Spital?  Ja  Nein

4 Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt?  Ja  Nein

Operation	Jahr	Spital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5 Wurden Sie aus anderen Gründen in einem Spital behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?: \_\_\_\_\_ Und wann? (genaues Datum): \_\_\_\_\_

Und warum?: \_\_\_\_\_

6 Sind bei Ihnen Komplikationen im Rahmen von Narkose aufgetreten?  Ja  Nein

- Übelkeit/Erbrechen  Kältezittern  Maligne Hyperthermie (auch Verwandte)  
 schwieriger Atemweg  Ich besitze einen Anästhesieausweis

7 Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?  Ja  Nein

- häufig Nasen-/Zahnfleischbluten  bekannte Thrombose-Neigung  
 Nachblutung (Operation/Geburt)  häufige blaue Flecken  
 bekannte Gerinnungsstörung  Andere: \_\_\_\_\_

8 Sind Sie körperlich nur eingeschränkt belastbar?  Ja  Nein

- Treppensteigen > 2 Etagen möglich  nur langsames Spazierengehen  
 leichte Gartenarbeit möglich  benötigte Rollator  
 selbstständig Einkaufen möglich  benötigte Rollstuhl

9 Leiden Sie an einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems?  Ja  Nein

- Bluthochdruck  Vorhofflimmern  Schrittmacher  
 Angina pectoris  Herzstolpern  Defibrillator  
 Künstl. Herzklappe  Herzinfarkt/Stent  Andere: \_\_\_\_\_

**10 Nehmen Sie Blutverdünner ein?**  Ja  Nein

- ASS 100       Clopidogrel (Plavix®)       Eliquis®       Pradaxa®  
 Marcoumar®       Xarelto®       Lixiana®       Andere: \_\_\_\_\_

**11 Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege?**  Ja  Nein

- Asthma       Schlafapnoe       chronischer Husten  
 COPD       CPAP-Gerät       Andere: \_\_\_\_\_

**12 Haben Sie eine Magen-Darm-, Leber-, oder Nierenkrankheit?**  Ja  Nein

- Magenbrennen       Nierenschwäche       Lebererkrankung  
 Zwerchfellbruch       Dialyse       Andere: \_\_\_\_\_

**13 Ist bei Ihnen eine chronische Infektion bekannt?**  Ja  Nein

- Hepatitis B       HIV (AIDS)  
 Hepatitis C       Andere: \_\_\_\_\_

**14 Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?**  Ja  Nein

**Bitte Allergiepass gegebenenfalls mitbringen!**

- Antibiotika       Nahrungsmittel  
 Latex       Desinfektionsmittel       Pflaster  
 Medikamente: \_\_\_\_\_       Andere: \_\_\_\_\_

**15 Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit?**  Ja  Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes)       Porphyrie  
 Schilddrüsenüber-/unterfunktion       Andere: \_\_\_\_\_

**16 Leiden Sie an einer Nervenkrankheit?**  Ja  Nein

- Epilepsie       Schlaganfall       Lähmungen  
 Migräne       Muskelerkrankung       Andere: \_\_\_\_\_

**17 Rauchen Sie Zigaretten?**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren; habe aufgehört vor \_\_\_\_\_ Jahren

**18 Konsumieren Sie Drogen?**  Ja  Nein

- THC/Haschisch       Opiate/Heroin       Andere: \_\_\_\_\_

**19 Konsumieren Sie regelmässig Alkohol?**  Ja  Nein

Bier       Wein       Schnaps      |  jeden Tag       \_\_\_\_\_ mal/Woche

**20 Bestehen Besonderheiten bzgl. Ihres Zahnstatus?**  Ja  Nein

- lockere Zähne       Zahnprothese  
 Karies       Stiftzahn/Implantat/Krone

**21 Bestehen Einschränkungen bzgl. Ihrer Mundöffnung oder Beweglichkeit der Halswirbelsäule?**  Ja  Nein

- Mundöffnung       Halswirbelsäule

## 22 Nur Frauen: Sind Sie schwanger?

 Ja  Nein Ich bin mir nicht sicher Ja, in der \_\_\_\_\_ten Schwangerschaftswoche

## 23 Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Alternativ können Sie uns auch gerne eine Kopie Ihrer Medikamenten-Liste beifügen.

Medikamenten-Name	Dosis	Häufigkeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 24 Den Operationsbericht soll erhalten:

 Zuweisender Arzt

Name	Adresse
_____	_____

 Hausarzt

Name	Adresse
_____	_____

 andere Person

Name	Adresse
_____	_____

## 25 Signierung

_____	_____
Datum	Ihre Unterschrift

# ZUM OPERATIONS- ZENTRUM – UND WIEDER ZURÜCK

laufende Dok.-Nr.: .....

Auf Wunsch bringt Sie unser Partner easyCab bequem zu Ihrer Operation – und wieder zurück nach Hause.

Ausserdem bieten wir Ihnen einen Shuttleservice zwischen dem Bahnhof Thun und dem Operationszentrum am Spital Thun zu einem Fixpreis an.

Die meisten Krankenkassen beteiligen sich mit bis zu 50% an den Transportkosten. Wenden Sie sich bezüglich Übernahme der Transportkosten bitte an Ihre Krankenkasse.

## Unser Transportangebot im Überblick:



### Bahnhof-Shuttle (Fixpreis)

Transfer Bahnhof Thun– Operationszentrum

CHF 45.00

### Tür-zu-Tür-Transfer

Ihre Wohnung–Operationszentrum–Ihre Wohnung

Grundtaxe	CHF 45.00
Preis/km	CHF 6.30

\* Preisänderungen vorbehalten. Gültige Tarife unter [www.easycab.ch/tarife](http://www.easycab.ch/tarife).

**Weiterführende Informationen zu Kosten und Zusatzleistungen beantwortet Ihnen gern die easyCab-Einsatzleitstelle unter 031 302 35 40.**

**Ja, ich wünsche einen Transport mit easyCab.**

Bitte organisieren Sie einen Transfer für mich:

**von/zu meiner Wohnung**

**von/nach Bahnhof Thun**

**gehfähig/sitzend**

**Rollstuhl benötigt**

**Nein, ich brauche keinen Transport mit easyCab.**



**Bitte diesen Fragenbogen  
vollständig ausfüllen  
und rasch möglichst mit  
dem Rückantwortcouvert  
senden an:**

Spital STS AG Thun  
Operations- und  
Anästhesie-Sprechstunde (OPAS)  
Krankenhausstrasse 12  
CH-3600 Thun





**Ambulantes Operationszentrum Berner Oberland**

Tel. 058 636 70 50

[operationszentrum@spitalstsag.ch](mailto:operationszentrum@spitalstsag.ch)

[www.operationszentrum-beo.ch](http://www.operationszentrum-beo.ch)

**Spital STS AG Thun**

Krankenhausstrasse 12

CH-3600 Thun

[www.spitalthun.ch](http://www.spitalthun.ch)

