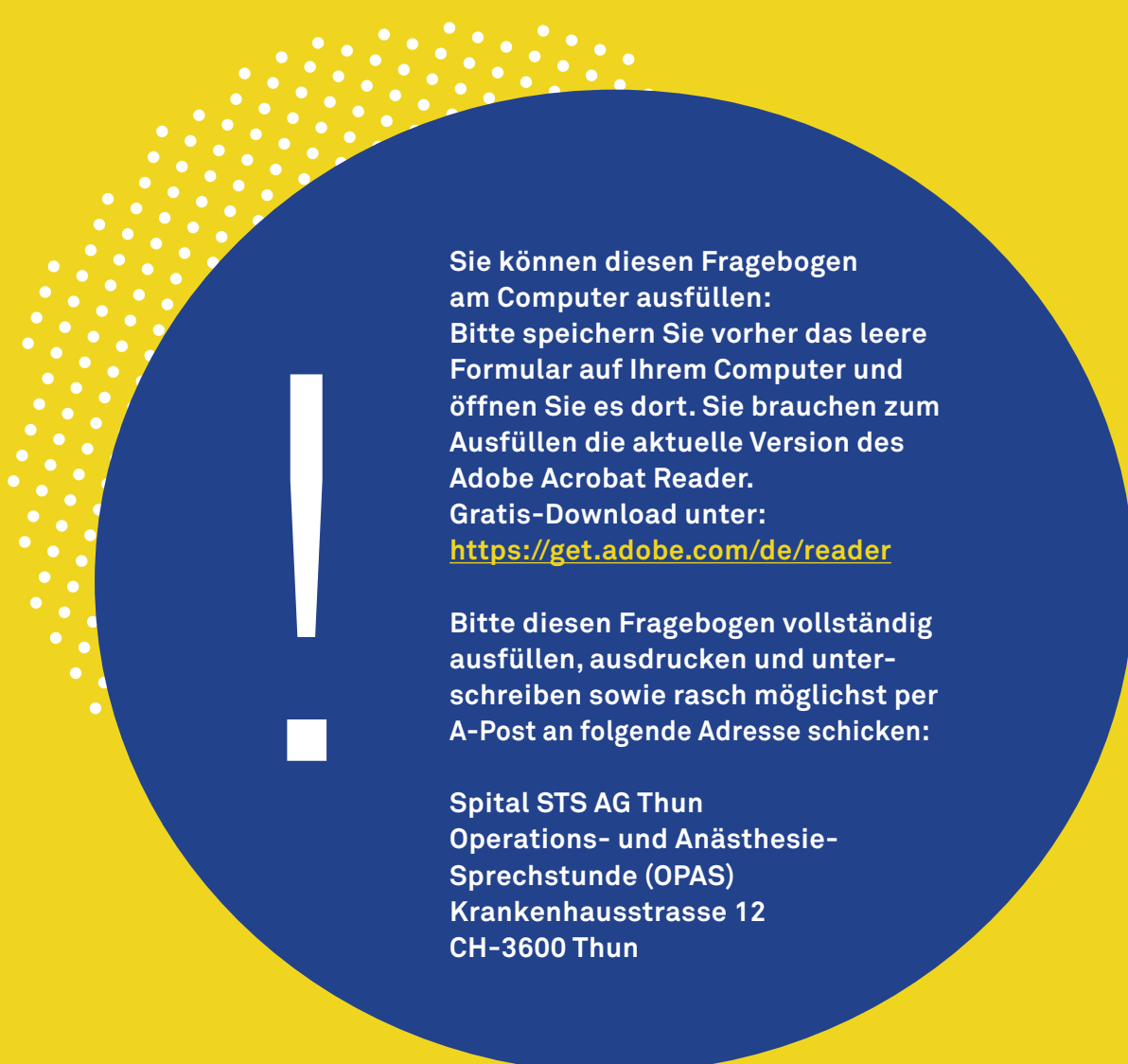


FRAGEBOGEN

AOZ-BEO



Sie können diesen Fragebogen
am Computer ausfüllen:
Bitte speichern Sie vorher das leere
Formular auf Ihrem Computer und
öffnen Sie es dort. Sie brauchen zum
Ausfüllen die aktuelle Version des
Adobe Acrobat Reader.
Gratis-Download unter:
<https://get.adobe.com/de/reader>

Bitte diesen Fragebogen vollständig
ausfüllen, ausdrucken und unter-
schreiben sowie rasch möglichst per
A-Post an folgende Adresse schicken:

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

IHRE PERSON

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

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)

IHRE GESUNDHEIT

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 Spaziergehen
 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: _____

IHRE GESUNDHEIT

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

IHRE GESUNDHEIT

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

UNSER ÜBERNACHTUNGSANGEBOT

Natürlich können Sie nach Ihrer ambulanten Operation am gleichen Tag wieder nach Hause gehen – Sie müssen aber nicht.

Sie würden nach Ihrer ambulanten Operation lieber eine Nacht im Spital bleiben?

Kein Problem! Wir bieten Ihnen die einzigartige Möglichkeit, auf eigenen Wunsch und Rechnung auch nach ambulanten Operationen eine Nacht in einem unserer topmodernen und komfortablen Zimmer zu verbringen.

Unser Übernachtungsangebot im Überblick:

Medizinische Betreuung, Hotellerie und Infrastruktur



Preis pro Nacht/pro Person im 2-Bett-Zimmer

CHF 230

Preis pro Nacht/pro Person im 1-Bett-Zimmer

CHF 290

Die Kosten für das Übernachtungsangebot werden Ihnen separat in Rechnung gestellt.

Fragen zum Übernachtungsangebot? Rufen Sie uns an: 058 636 70 50

Ja, ich möchte das Übernachtungsangebot in Anspruch nehmen.

Bitte reservieren Sie mir auf meine privaten Kosten:

1-Bett-Zimmer

2-Bett-Zimmer

Nein, ich brauche kein Übernachtungsangebot.

ENTSPANNT ZUM OPERATIONS- ZENTRUM – UND WIEDER ZURÜCK

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

Mindestpreis	CHF 45.00
Grundtaxe	CHF 6.80
Preis/km	CHF 5.50
Warte- und Betreuungszeit/Std. *	CHF 72.00

* Wird nur bei Zusatzleistungen erhoben (Halt bei der Apotheke oder Begleitung bis in die Wohnung etc.).

Ja, ich wünsche einen Transport mit easyCab.

Bitte organisieren Sie einen Transfer für mich: **von/zu meiner Wohnung** **von/nach Bahnhof Thun**

Nein, ich brauche keinen Transport mit easyCab.

Ambulantes Operationszentrum Berner Oberland

Tel. 058 636 70 50

operationszentrum@spitalstsag.ch

www.operationszentrum-beo.ch

Spital STS AG Thun

Krankenhausstrasse 12

CH-3600 Thun

www.spitalthun.ch

