**Sonographie (Ultraschall)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden für eine Sonographie zugewiesen.

Wir erwarten Sie am:

Spezielle Vorbereitung bei Sonographie des Bauchraums:

6 Stunden vor der Untersuchung darf keine Nahrung mehr aufgenommen werden. Das Trinken von klaren, fettfreien Flüssigkeiten (keine Milch) ist bis zwei Stunden vor der Untersuchung erlaubt. Notwendige Medikamente sind mit Wasser oder Tee einzunehmen.

Aus Kapazitätsgründen bitten wir Sie, diesen Termin nur im Notfall zu verschieben

**(Tel. 043 366 40 00 Montag-Freitag 08.00 – 12.00 Uhr und 14.00 – 17.00 Uhr).**

**Bitte beachten Sie:**

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.

Freundliche Grüsse

Team Endoskopie

**Patientenblatt**

Für eine Gesamtbeurteilung sind die persönliche Kranken- und Familiengeschichte

und die Risikofaktoren wichtig. Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen.

Besten Dank.

**Name und Vorname: Geburtsdatum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE** | | | | | | | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | | □ | | Rheuma | | | | | □ |
| Schilddrüsenerkrankung | | □ | | Erhöhte Blutfettwerte | | | | | □ |
| Lebererkrankung | | □ | | Allergien | | | | | □ |
| Nierenerkrankung | | □ | |  | | | | |  |
| Gicht (erhöhte Harnsäurewerte) | | □ | | Medikamentenunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Atemwegserkrankungen | | □ | |
| Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose) | | □ | | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | | | | □ |
| Osteoporose | | □ | |
| Herz-/Kreislauferkrankungen:  Bluthochdruck  Vorhofflimmern  Angina pectoris, Herzinfarkt  Herzklappenfehler | | □  □  □  □  □ | | Herzschrittmacher  Schlaganfall  Durchblutungsstörungen in den Beinen  Krampfadern | | | | | □  □  □  □ |
| Krebserkrankung | | □ | | Neurologische Erkrankungen  Epilepsie  Psychische Erkrankungen | | | | | □  □  □ |
| **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALTE** | Ja/Wann? | | | **OPERATIONEN/SPITALAUFENTHALT** | | | | | Ja/Wann? |
| Blinddarm |  | | | Künstliches Gelenk | | | | |  |
| Mandeln |  | | | Gallenblase | | | | |  |
| Krampfadern |  | | | Gebärmutter | | | | |  |
| Prostata |  | | | Geburten | | | | |  |
|  | | | | Kaiserschnitt | | | | |  |
| Andere Operationen oder Spitalaufenthalte | | | | | | | | | |
| Waren Sie im letzten Jahr im Ausland? Wenn ja, Wo? | | | | | | | | | |
| **FAMILIENGESCHICHTE**: Krankheiten oder Todesursachen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern, Nachkommen)? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **GEWOHNHEITEN** | | | **Ja** | | **Nein** | | **Wie viel** | **Seit wann** | |
| Rauchen Sie | | |  | |  | |  |  | |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol | | |  | |  | |  |  | |
| Treiben Sie Sport | | |  | |  | |  |  | |
| **Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie über längere Zeit**  **eingenommen?** | | | | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | Dosierung: | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Bemerkungen: | | | | | | | | | |