

Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit sind Anamnese und körperliche Untersuchung die wichtigsten Instrumente. Weitere Abklärungen können aufgrund von Vorerkrankungen Ihres Patienten und Invasivität des Eingriffs erforderlich sein. Auf der [Internetseite der Klinik Seeschau](#) haben wir bei Bedarf weitere Informationen zusammengestellt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Personalien des Patienten

Untersuchungsdatum: _____

Name: _____ Adresse: _____
 Vorname: _____ PLZ/Ort: _____
 Geb.Datum: _____ Telefon: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____ BD: _____ mmHg Puls: _____/min

Geplanter Eingriff: _____ **am:** _____

Behandelnder Belegarzt Klinik Seeschau:

Labor: siehe Laborresultate (Beilage) Datum der Blutentnahme: _____

Hb: _____ g/l (zwingend bei grösseren Eingriffen wie Prothetik, TURP, Porstatektomien, Nephrektomien, Hysterektomien, Cholezystektomien, Abdominoplastiken, grösseren Mamma-Eingriffen)

INR: _____ / Tc: _____ (beide nur bei gerinnungshemmenden Medikamenten oder positiver Anamnese)

Na: _____ mmol

K: _____ mmol

Krea: _____ umol

Na, K und Krea zwingend bestimmen bei entsprechender Anamnese oder Medikation mit ACE-Hemmer, AT-II-Antagonisten, Diuretika, Digitalis, Antidepressiva

Allergien / Unverträglichkeiten nein ja: _____

Patient ist gesund, leistungsfähig und ohne Dauermedikation.
 → in diesem Fall muss das Formular - unabhängig vom Alter des Patienten - nicht weiter ausgefüllt werden.

Vorerkrankungen: (alternativ Diagnoseliste beilegen)

Organsysteme:

Allgemeinzustand gut reduziert

Hypertonie nein ja - therapiert seit: _____

PAVK nein ja: konservativ St.n. PTA _____

Herzleistung normal eingeschränkt (falls verfügbar Echo beilegen)

KHK nein ja (unbedingt letzten kardiologischen Bericht beilegen)

Pacemaker / ICD nein ja (unbedingt letzten kardiologischen Bericht beilegen)

Herzvitien / andere Herzerkrankungen:

Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> nein	ja: _____ (falls vorhanden bitte letzten pneumologischen Bericht beilegen)
Andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ Krea-Clearance: _____ ml/min.
Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ (bei bekannter Leberfunktionsstörung zwingend aktuelle Leberwerte bestimmen)
Gastrointestinale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Schilddrüsenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> OAD <input type="checkbox"/> Insulin aktuelles HbA1c: _____
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – bitte entsprechende Berichte beilegen!
Noxen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Anästhesiezwischenfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	Hep B/C <input type="checkbox"/> HIV
Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/> keine	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

Medikamente: siehe Medikamentenliste (Beilage)

(bitte bezüglich Bridging von oralen Antikoagulantien und Pausieren von NOACs etc. das zusätzliche Dokument beachten)

EKG o.B. Befund (bitte EKG beilegen)
(EKG nur anfertigen bei positiver kardialer Anamnese (KHK, Rhythmusstörungen, Herzinsuff., PM etc.) und/oder Alter > 65 Jahre)

Röntgen Thorax o.B. Befund (bitte Rx-Bild dem Patienten mitgeben)
(bitte nur Rx-Thorax bei schwerer Lungenerkrankung, falls letztes Rx-Thorax älter als 12 Monate oder neue Symptomatik resp. klarer Indikation)

Anderes:

Untersuchender Arzt: _____

Wir wären dankbar, wenn Sie die präoperativen Untersuchungsergebnisse an den entsprechenden Belegarzt/Operateur sowie in Kopie auch an die Klinik Seeschau senden würden: praeop@klinik-seeschau.ch.