

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.