Präoperative Untersuchung durch den Hausarzt

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: bitte auswählen

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

Hb: _____ g/l (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 bitte 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)

Allgemeinzustand	☐ gut	☐ reduziert
Hypertonie	☐ nein	☐ ja – therapiert seit: _____
PAVK	☐ nein	☐ ja: ☐ konservativ ☐ n. PTA _____
Herzleistung	☐ normal	☐ eingeschränkt **(falls verfügbar Echo beilegen)**
KHK	☐ nein	☐ ja **(bitte letzten kardiologischen Bericht beilegen)**
Pacemaker / ICD	☐ nein	☐ ja **(bitte letzten kardiologischen Bericht beilegen)**
Herzvitien / andere Herzerkrankungen:		

Asthma/COPD ☐ nein ☐ ja: _____
(falls vorhanden bitte letzten pneumologischen Bericht beilegen)

Andere Lungenerkrankungen ☐ nein ☐ ja: _____

Nierenfunktionsstörungen ☐ nein ☐ ja: _____

Krea-Clearance: _____ ml/min.

Leberfunktionsstörungen ☐ nein ☐ ja: ☐ _____
(bei bekannter Leberfunktionsstörung bitte aktuelle Leberwerte bestimmen)

Gastrointestinale Erkrankungen ☐ nein ☐ ja: _____

Schilddrüsenfunktionsstörungen ☐ nein ☐ ja: _____

Diabetes mellitus ☐ nein ☐ ja ☐ Diät ☐ OAD ☐ Insulin

aktuelles HbA1c: _____

Neurologische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja: _____

Muskelerkrankungen ☐ nein ☐ ja: _____

Gerinnungsstörungen ☐ nein ☐ ja – **bitte entsprechende Berichte beilegen!**

Noxen ☐ nein ☐ ja: _____

Anästhesiezwischenfälle ☐ nein ☐ ja: _____

Infektionskrankheiten ☐ nein ☐ Hep B/C ☐ HIV

Bisherige Operationen ☐ keine

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 Untersuchungsresultate an den entsprechenden Belegarzt/Operateur sowie in Kopie auch an die Klinik Seeschau senden würden: praeop@klinik-seeschau.ch.

Formular speichern **Formular senden**