

## 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 [www.alphacare.ch](http://www.alphacare.ch) haben wir für Sie diese Informationen zusammengestellt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

### Personalien des Patienten

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: 0 \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_ mm Hg Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>

geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen

**Patient ist gesund, leistungsfähig und ohne Dauermedikation.**

In diesem Fall brauchen Sie - unabhängig vom Alter des Patienten - das Formular nicht weiter auszufüllen.

**Labor** Datum der Blutabnahme: \_\_\_\_\_  
 Hb: \_\_\_\_\_ Quick/INR: \_\_\_\_\_ Kalium: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_  
 Thrombos: \_\_\_\_\_ nücht. BZ: \_\_\_\_\_ Natrium:\* \_\_\_\_\_

\*Bestimmung des Serum-Natriums ist nur bei Dauermedikation mit einem Diuretikum oder bei anderer spezieller Indikation erforderlich

**Allgemeinzustand**  gut  red. \_\_\_\_\_

**Hypertonie**  nein  ja therapiert seit: \_\_\_\_\_

**art. Verschlusskrankheit**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Herzleistung**  normal  eingeschränkt (falls vorhanden bitte Echo-Befund beilegen)

**koronare Herzkrankheit**  nein  ja  Angina pectoris  
 St. n. Myocardinfarkt Datum: \_\_\_\_\_  
 St. n. ACBP Datum: \_\_\_\_\_  
 St. n. Stenteinlage Datum: \_\_\_\_\_

**Schrittmacher / Defibrillator**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Herzvitium**  nein  ja \_\_\_\_\_

**andere Herzerkrankung**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Auskultation Herz / Lunge**  o.B.  Befund: \_\_\_\_\_

**Asthma**  nein  ja: \_\_\_\_\_

**COPD**  nein  ja: \_\_\_\_\_

**andere Lungenfunktionsstör.**  nein  ja: \_\_\_\_\_

<b>Nierenfunktionsstörung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Clearance: _____
<b>Leberfunktionsstörung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Gastrointestinale Störung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Schilddrüsenfunktionsstör.</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Diabetes mellitus</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	eingestellt mit <input type="radio"/> Diät <input type="radio"/> OAD <input type="radio"/> Insulin
<b>Muskelerkrankung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Epilepsie</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>neurologische Erkrankung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>psychische Erkrankung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Gerinnungsstörung</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>EKG<sup>(1)</sup></b>	<input type="radio"/> o.B.	<input type="radio"/> Befund	(bitte EKG und EKG-Befund beilegen)
<b>Röntgen Thorax<sup>(2)</sup></b>	<input type="radio"/> o.B.	<input type="radio"/> Befund	(bitte Befund beilegen und Röntgenbild dem Pat. mitgeben)
<b>Noxen</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Anästhesiezwischenfälle</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
<b>Operationen bisher</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____

<b>Medikamente</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
--------------------	----------------------------	---------------------------	-------

<b>andere Erkrankungen</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
----------------------------	----------------------------	---------------------------	-------

<b>Allergie / Unverträglichkeit</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	_____
-------------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------

**präoperative Therapievorschläge / Bemerkungen:**

Untersuchender Arzt / Datum / Stempel / Unterschrift

(1) Bitte EKG nur anfertigen, falls bei positiver kardialer Anamnese/Befund das letzte EKG älter als 3 Monate ist.

(2) Bitte Rx-Thorax nur anfertigen, falls bei schwererer Lungenerkrankung der letzte Rx-Thorax älter als 12 Monate ist.