

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 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⁻¹

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: _____

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

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

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

Allergie / Unverträglichkeit	<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.