

# 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: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_ /min

Geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

## Labor

Datum der Blutentnahme: \_\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_ Tc: \_\_\_\_\_ Quick/INR: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Krea: \_\_\_\_\_ Nü-BZ: \_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_

**Allgemeinzustand** gut red.

**Hypertonie** nein ja

**Art. Verschlusskrankheit** nein ja

**Herzleistung** normal red.

**Koronare Herzkrankheit** nein ja

therapiert seit: \_\_\_\_\_

(falls vorhanden, bitte Echo-Befund beilegen)

Angina pectoris

St.n. Myokardinfarkt 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 Lungenerkrankung** nein ja

**Nierenfunktionsstörung** nein ja

**Gastrointestinale Störung** nein ja

Clearance: \_\_\_\_\_

<b>Schilddrüsenfkt.-Störung</b>	nein	ja				
<b>Diabetes mellitus</b>	nein	ja	eingestellt mit:	Diät	OAD	Insulin
<b>Muskelerkrankung</b>	nein	ja				
<b>Epilepsie</b>	nein	ja				
<b>Neurologische Erkrankung</b>	nein	ja				
<b>Psychische Erkrankung</b>	nein	ja				
<b>Gerinnungsstörung</b>	nein	ja				

<b>EKG<sup>(1)</sup></b>	o.B.	Befund (bitte EKG und -Befund beilegen)
<b>Röntgen Thorax<sup>(2)</sup></b>	o.B.	Befund (bitte Befund beilegen und Rx dem Patient mitgeben)
<b>Noxen</b>	nein	ja
<b>Anästhesiezwischenfälle</b>	nein	ja
<b>Operationen bisher</b>	nein	ja

**Medikamente**                      nein      ja

**Andere Erkrankungen**            nein      ja

**Allergie /Unverträglichkeit**    nein      ja

**Präoperative Therapievor schläge / Bemerkungen:**

.....

.....

.....

.....

**Untersuchender Arzt / Datum / Stempel / Unterschrift**

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

<sup>(2)</sup> Bitte Rx-Thorax nur anfertigen, falls bei schwerer spezieller Indikation erforderlich