

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

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

<b>Medikamente</b>	nein	ja
--------------------	------	----

<b>Andere Erkrankungen</b>	nein	ja
----------------------------	------	----

<b>Allergie /Unverträglichkeit</b>	nein	ja
------------------------------------	------	----

### Präoperative Therapievorschläge / 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