

# 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

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

**Art. Verschlusskrankheit**        nein       ja

**Herzleistung**                        normal    red.

(falls vorhanden, bitte Echo-Befund beilegen)

**Koronare Herzkrankheit**        nein       ja

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

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

**Gastrointestinale Störung**        nein       ja

<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 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