

Präoperative Abklärungen durch den Hausarzt

| | | |
|----------|--|---|
| 1 | Familienname | Vorname |
| | Adresse | |
| | Telefon/e | Geburtsdatum |
| 2 | Diagnosen | |
| 3 | Operationen / Hospitalisationen | |
| | nein | ja |
| | Wenn ja, wann? | Spital Grund |
| 4 | Anamnestische Angaben | |
| | Arterielle Hypertonie | nein ja, seit wann |
| | KHK | nein ja: |
| | Valvuläre Herzerkrankung | nein ja: |
| | Andere Herzerkrankung | nein ja: |
| | Herzleistung | normal eingeschränkt (falls EF bekannt:) |
| | PAVK | nein ja: |
| | COPD | nein ja: |
| | Asthma | nein ja: |
| | andere pneumologische Erkrankung | nein ja: |
| | Nierenfunktionsstörung | nein ja (falls Clearance bekannt:) |
| | Leberfunktionsstörung | nein ja: |
| | andere gastro-intestinale Störungen | nein ja: |
| | Diabetes mellitus | nein ja: |
| | Schilddrüsenfunktionsstörung | nein ja: |
| | Gerinnungsstörung | nein ja: |
| | Neurologische Störungen | nein ja: |
| | Muskelerkrankungen | nein ja: |
| | Psychische Störungen | nein ja: |
| | Rauchen | nein ja: |
| | Alkohol | nein ja: |
| | Anästhesiezwischenfälle/-probleme | nein ja: |



| | | | | | |
|--|---|-----------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 5 Leistungsfähigkeit: Treppensteigen ohne Pause | mehr als 2 Stockwerke | nur 2 Stockwerke | 1 Stockwerk oder weniger | | |
| 6 Allergien | Wenn ja, welche? | | | nein | ja |
| 7 Aktuelle Medikation | Wenn ja: Medikament / Dosierung (z.B. Aspirin cardio 100mg 1-0-0-0) | | | nein | ja |
| 8 Status | Grösse: cm | Gewicht: kg | Blutdruck: / | Datum: | |
| | Auskultation Herz / Lunge: | | | mmHg | Puls: /min |
| 9 Untersuchungen (bitte gemäss Triemli-Schema beilegen) | Labor nein ja, | | | Datum: | |
| | EKG nein ja, | | | | |
| | Thorax nein ja, | | | | |
| 10 Weitere Bemerkungen | | | | | |
| Datum: | Name / Adresse / Telefon: | | | | |