

**Sekretariat Anästhesiesprechstunde**

Brauerstrasse 15, 8401 Winterthur, narkose@ksw.ch, Tel. 052 266 28 00, Fax 052 266 35 20

**Präoperative Untersuchung durch den Hausarzt**

Untersuchungsdatum:

**Personalien des Patienten**

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Grösse in cm:	<input type="text"/>	Gewicht in kg:	<input type="text"/>	BMI:	<input type="text"/>	Blutdruck:	<input type="text"/>	Herzfrequenz:	<input type="text"/>
---------------	----------------------	----------------	----------------------	------	----------------------	------------	----------------------	---------------	----------------------

**Einweisungsdiagnose:**

**Vorerkrankungen**

**Patient ist gesund, leistungsfähig und ohne Dauermedikation.**

Auf körperliche Untersuchung und Blutentnahme kann verzichtet werden, weitere Angaben sind nicht erforderlich.

<b>Labor</b>	Datum der Blutabnahme:	<input type="text"/>					
Hb:	<input type="text"/>	Quick/INR:	<input type="text"/>	Kalium:	<input type="text"/>	Kreatinin:	<input type="text"/>
Thrombos:	<input type="text"/>	nücht. BZ:	<input type="text"/>	Natrium:*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Bestimmung des Serum-Natriums ist nur bei Dauermedikation mit einem Diuretikum oder bei anderer spezieller Indikation erforderlich

**Allgemeinzustand**       gut       reduziert

**Bewusstsein**       klar       verwirrt

**Hypertonie**       nein       ja      therapiert seit:

**art. Verschlusskrankheit**       nein       ja      Art:

**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:

**Herzvitium**       nein       ja      Art:

**andere Herzerkrankung**       nein       ja      Art:

**Auskultation Herz / Lunge**       o.B.       Befund:

**Asthma**       nein       ja:

**COPD**       nein       ja:

**andere Lungenfunktionsstör.**  nein       ja:

**Nierenfunktionsstörung**       nein       ja      Clearance:

**Leberfunktionsstörung**       nein       ja:

**Gastrointestinale Störung**     nein     ja:

**Schilddrüsenfunktionsstör.**     nein     ja:

**Diabetes mellitus**     nein     ja: eingestellt mit     Diät     OAD     Insulin

**Muskelerkrankung**     nein     ja:

**Epilepsie**     nein     ja:

**neurologische Erkrankung**     nein     ja:

**psychische Erkrankung**     nein     ja:

**Gerinnungsstörung**     nein     ja:

**EKG<sup>(1)</sup>**     o.B.     Befund (bitte EKG und EKG-Befund beilegen)

**Röntgen Thorax<sup>(2)</sup>**     o.B.     Befund (bitte Befund beilegen und Röntgenbild dem Pat. mitgeben)

**Noxen**     nein     ja:

**Anästhesiezwischenfälle**     nein     ja:

**Operationen bisher**     nein     ja:

**Medikamente**     nein     ja:

**andere Erkrankungen**     nein     ja:

**Mobilität / Selbstständigkeit**     normal     eingeschränkt:

**Allergie / Unverträglichkeit**     nein     ja:

**präoperative Therapievorschläge / Bemerkungen:**

Untersuchender Arzt / Datum / Stempel / Unterschrift

<sup>(1)</sup> Bitte EKG anfertigen, falls positive kardiale Anamnese/Befund und letztes EKG älter als 3 Monate

<sup>(2)</sup> Bitte Rx-Thorax anfertigen, falls schwerere Lungenerkrankung und Rx-Thorax älter als 12 Monate