KLINIK ST. ANNA ST. ANNA IN MEGGEN ST. ANNA IM BAHNHOF

PATIENTENDATEN



CEDUIDECDATUM

PRÄOPERATIVE BEURTEILUNG DURCH DEN HAUSARZT

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten ist in nächster Zeit eine Anästhesie vorgesehen. Um das perioperative Risiko abschätzen und das anästhesiologische Vorgehen planen zu können, benötigen wir einige Angaben zum Gesundheitszustand Ihrer Patientin oder Ihres Patienten. Wir bitten Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen.

\/ODALAA4E

NAME:	VORNAME:		GEBURTSDATUM:				
EINGRIFF:	OPERATEUR:		OPERATIONSDATUM:				
ANAMNESE (oder Beilage einer Diag	noseliste)						
RELEVANTE VOROPERATIONEN							
ALLERGIEN (Kopie des Allergiepasses beilegen, falls vorhanden)							
AKTUELLE MEDIKATION (alternativ bitte Medikamentenliste mitsenden)							
Medikament	Dosierung:	Morgen	Mittag	Abend/Nacht	Reserve		

EKG Bei auffälliger kardi	aler Anamnese bitte EKG beile	gen.	
LABOR (oder Beilag	ge Laborblatt)		
Hb:	Thrombozyten:	K:	Na:
Crea:	CRP:	Gluc:	Quick:
PRÄOPERATIVE AN	IÄMIE		
URSACHE:			
DURCHGEFÜHRTE	BEHANDLUNG:		
weitere Hintergrund		r Broschüre «Präopera	g mit anämischen Patienten sowie tive Informationen für Hausärzte na
	und Empfehlungen sind uns sel serhalb der oben genannten B		ns mit, worauf wir bei Ihrer Patientin oder sonst noch achten müssen.
ANÄSTHESIESPREC Falls eine der nachfol Anästhesiesprechstu • Patientenwunsch (b • St.n. Narkosezwisch • Schwere Begleiterkr vor weniger als sech Nieren- oder Leberi	genden Indikationen zutreffen nde: reispielsweise ausgeprägte Ang nenfall rankungen: instabile AP, schwer ns Monaten, eingeschränkte Le nsuffizienz, Gerinnungsstörung	, danken wir Ihnen für (gst) re Herzinsuffizienz, schv istungsfähigkeit NYHA , schwere neuromuskul	
	r Ihnen gerne zur Verfügung: Intensivmedizin und Schmerz	therapie, T +41 41 208 3	33 88
Wir danken Ihnen für	die gute Zusammenarbeit.		
Ihr Anästhesieteam c	er Klinik St. Anna, St. Anna in I	Meggen und St. Anna i	m Bahnhof.
Datum	Kontaktd	aten Hausarztpraxis	



Bitte senden Sie dieses Formular inklusive allfälliger Beilagen an: patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch

Senden