

Bitte nehmen Sie dieses Formular zu Ihrem Termin beim Hausarzt mit.

Der/die u.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Abteilung für Anästhesiologie der Klinik Birshof übermittelt werden.

ZENTRUM FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

KLINIK BIRSHOF
REINACHERSTRASSE 28
CH-4142 MÜNCHENSTEIN

T +41 61 335 24 99
F +41 61 335 26 50

birshof.anaesthesie@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Präoperative Abklärung für Schulter-, Hüft- und Knieprothesen sowie Rückenoperationen

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigte Unterlagen

- **Aktuelle Diagnosen- und Medikamentenliste**
- **Relevante Berichte (insbesondere bzgl. der kardiopulmonalen Anamnese)**
- **EKG und Labor (Hämatologie, Krea, Na, K, Quick/INR, CRP), nicht älter als 6 Monate**
- **Gültiger Blutgruppenausweis (nicht älter als 1990), ansonsten bitte neu bestimmen**

Befunde vom:

Hämoglobin		Quick / INR		K	
Leukozyten		Kreatinin		CRP	
Thrombozyten		Na		BZ	

EKG – Befund: _____ Allergien: _____

Sonstige Befunde: _____

Bitte geben Sie die Unterlagen dem Patienten zur Anästhesiebesprechung mit oder senden sie per Mail an birshof.anaesthesie@hirslanden.ch.

Es besteht die Möglichkeit, EKG und Labor in unserer Sprechstunde durchführen zu lassen. Dazu bedarf es keiner weiteren Voranmeldung.

Datum: _____

Ärztl. Unterschrift _____

Praxisstempel: