

Patientendaten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Anamnese

Diagnoseliste

Relevante Operationen

Medikamente

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Patientenstatus

Leistungsfähigkeit  ≤4 MET  >4 MET  
 OP-Risiko  A  B  C

(Erklärungen siehe Anästhesie-  
Informationen für Hausärzte)

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
<b>Herz-Kreislauf</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> stabile AP CCS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> instabile AP CCS <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> unklare Situation	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Belastungstest Kard. Konsil
St.n. Intervention	<input type="checkbox"/> ja wann, welche, Resultat? _____	Bericht über Intervention Antikoagulation?
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 LVEF _____ %	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Echokardiographie, BNP
Klappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Echokardiographie
Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja gut eingestellt? <input type="checkbox"/> ja	
PAVK	<input type="checkbox"/> ja Stadium: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
St.n. Intervention	<input type="checkbox"/> ja wann, welche, Resultat?	Bericht über Intervention, Antikoagulation?

Bitte wenden!

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
<b>Lunge</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung	Keine Untersuchung Pneumo. Konsil, Lungenfunktion
Schlaf-Apnoe	GOLD <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ja    CPAP-Therapie? <input type="checkbox"/> ja	
<b>Niere</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja Stadium <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Kreatininwert, Clearance
<b>Leber</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja    CHILD <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Quick, INR, Leberwerte
Port. Hypertension	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	Reflux <input type="checkbox"/> ja Adipositas <input type="checkbox"/> ja            BMI ____ kg/m <sup>2</sup> Magenbypass/Magenband <input type="checkbox"/> ja	
<b>Stoffwechsel</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> ja    HbA1c ____ %	Medikation
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> ja    HbA1c ____ %	Medikation
Hypothyreose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> substituiert (euthyreot)	TSH, T3, T4
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> euthyreot	TSH, T3, T4
Dyslipidämie	<input type="checkbox"/> ja	
Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gichtschübe	
<b>Muskel</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Myopathie?	<input type="checkbox"/> ja	Entsprech. Berichte über Diagnose
Maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär	
<b>Neurologie</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Zerebrovaskuläre Erkrankung	Insult <input type="checkbox"/> ja Blutung <input type="checkbox"/> ja Carotis Stenose <input type="checkbox"/> ja links ____%, rechts ____%	NeuroStatus bei Defizit, Vask. Abklärung (wenn vorhanden)
Sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Neurolog. Bericht
<b>Gerinnung</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung <input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung	Hämostasiologisches Konsil Hämostasiologisches Konsil
<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> ja (Reaktion) _____	
Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja (Reaktion) _____	
<b>Noxen</b>	<input type="checkbox"/> ja	
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja    Packyears _____	
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja    Wie viel pro Tag _____	
Drogen	<input type="checkbox"/> ja    Welche _____	

## Bemerkungen

Bitte zurücksenden an:

Praxisname/Stempel

Datum/Unterschrift

**Klinik Hirslanden**  
**Institut für Anästhesiologie und**  
**Intensivmedizin (IFAI)**

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

ifai.hirslanden@hirslanden.ch

F +41 44 387 38 85

**Hinweis zum Versenden per E-Mail:**

Bitte speichern Sie das Formular zuerst lokal auf Ihrem Datenträger und versenden es dann per E-Mail an ifai.hirslanden@hirslanden.ch