

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
Herz-Kreislauf	<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 <input type="checkbox"/> ja wann, welche, Resultat?	Bericht über Intervention, Antikoagulation?

Bitte wenden!

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
Lunge	<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	
Niere	<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
Leber	<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	
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	Reflux <input type="checkbox"/> ja Adipositas <input type="checkbox"/> ja BMI ____ kg/m ² Magenbypass/Magenband <input type="checkbox"/> ja	
Stoffwechsel	<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	
Muskel	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Myopathie?	<input type="checkbox"/> ja	Entsprech. Berichte über Diagnose
Maligne Hyperthermie	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär	
Neurologie	<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
Gerinnung	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung <input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung	Hämostasiologisches Konsil Hämostasiologisches Konsil
Allergie	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	<input type="checkbox"/> ja (Reaktion) _____	
Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja (Reaktion) _____	
Noxen	<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:

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

Witellikerstrasse 40
8032 Zürich

ifai.hirslanden@hirslanden.ch
F +41 44 387 38 85

Praxisname/Stempel

Hinweis: Bitte stellen Sie zum Versenden des Formulars per E-Mail sicher, dass sich nach dem Klick auf «Senden» ein E-Mail-Fenster öffnet. Falls dies nicht der Fall ist, **speichern Sie das Formular zuerst** und klicken Sie erneut auf «Senden».

Datum/Unterschrift
