

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)

Grösse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

### ORGANSYSTEM

### KLINISCHE SITUATION

### VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG

#### Herz-Kreislauf

Keine Probleme

Koronare  
Herzkrankheit

ja  stabile AP CCS  1  2  
 instabile AP CCS  3  4  
 unklare Situation

Keine Untersuchung  
Kard. Konsil, Belastungstest  
Kard. Konsil

St.n. Intervention

ja wann, welche, Resultat?  
 \_\_\_\_\_

Bericht über Intervention  
Antikoagulation?

Herzinsuffizienz

ja NYHA  1  2  
 3  4

Keine Untersuchung  
Kard. Konsil, Echokardiographie, BNP

LVEF \_\_\_\_\_ %

Klappenerkrankung

ja \_\_\_\_\_  
 leicht  mittel  schwer  
 keine Beeinträchtigung  
der Leistungsfähigkeit  
 Beeinträchtigung  
der Leistungsfähigkeit

Keine Untersuchung  
Kard. Konsil, Echokardiographie

Art. Hypertonie

ja gut eingestellt?  ja

PAVK

ja Stadium:  
 I  II  III  IV  links  rechts  
 ja wann, welche, Resultat?  
 \_\_\_\_\_

Bericht über Intervention,  
Antikoagulation?

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:

**Klinik Im Park**  
**Anästhesie-Sekretariat**  
Seestrasse 220  
8027 Zürich  
anaesthesie.impark@hirslanden.ch

Praxisname

Name Ärztin/Arzt

Datum

Unterschrift