

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.

PATIENTENDATEN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAME: | VORNAME: | GEBURTSDATUM: |
| EINGRIFF: | OPERATEUR: | OPERATIONSDATUM: |

|  |
| --- |
| ANAMNESE (oder Beilage einer Diagnoseliste): |
|  |
| 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 kardialer Anamnese bitte EKG beilegen. | | | |
|  | | | |
| LABOR (oder Beilage Laborblatt) | | | |
| Hb: | Thrombozyten: | K: | Na: |
| Crea: | CRP: | Gluc: | Quick: |
|  | | | |
| PRÄOPERATIVE ANÄMIE | | | |
| URSACHE: | | | |
| DURCHGEFÜHRTE BEHANDLUNG: | | | |
| Detaillierte Informationen zum Labor und für den perioperativen Umgang mit anämischen Patienten sowie  weitere Hintergrundinformationen finden Sie in der Broschüre «Präoperative Informationen für Hausärzte und Belegärzte» oder online unter [www.hirslanden.ch/anaesthesie-stanna](http://www.hirslanden.ch/anaesthesie-stanna). | | | |
|  | | | |
| BEMERKUNGEN  Ihre Bemerkungen und Empfehlungen sind uns sehr wichtig. Teilen Sie uns mit, worauf wir bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten ausserhalb der oben genannten Befunde und Diagnosen sonst noch achten müssen. | | | |

ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE

Falls eine der nachfolgenden Indikationen zutreffen, danken wir Ihnen für eine Anmeldung des Patienten zu unserer

Anästhesiesprechstunde:

• Patientenwunsch (beispielsweise ausgeprägte Angst)

• St.n. Narkosezwischenfall

• Schwere Begleiterkrankungen: instabile AP, schwere Herzinsuffizienz, schwere Herzklappenerkrankungen,   
st.n. PTCA vor weniger als sechs Monaten, eingeschränkte Leistungsfähigkeit NYHA III/ IV, schwere Pneumopathie, schwere Nieren- oder Leberinsuffizienz, Gerinnungsstörung, schwere neuromuskuläre Erkrankungen.

Anmeldungen für die Anästhesiesprechstunde nehmen wir gerne per E-Mail entgegen.   
E-Mail: [kais@hirslanden.ch](mailto:kais@hirslanden.ch)

Für Fragen stehen wir ihnen gerne zur Verfügung:

Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, T +41 41 208 33 88

Wir danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit.

Ihr Anästhesieteam der Klinik St. Anna, St. Anna in Meggen und St. Anna im Bahnhof.

Datum

Kontaktdaten Hausarztpraxis

Bitte senden Sie dieses Formular inklusive allfälliger Beilagen an: [**patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch**](mailto:patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch)