

**Präoperative Abklärungen durch den Hausarzt (ausser ASA I / Risikoklasse I)**

<b>Name/Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer/n</b>	
<b>Status</b>	Datum der Untersuchung:
Grösse    cm            Gewicht    kg            Blutdruck    mmHg            Puls       /min.	
<b>Diagnosen</b>	
<b>Vorgängige Operationen</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Operation? Wann? Wo?	
<b>Anamnese</b>	
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja, seit wann:
KHK	<input type="checkbox"/> ja:
Valvuläre Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja:
Andere Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja:
PAVK	<input type="checkbox"/> ja:
COPD	<input type="checkbox"/> ja:
Asthma	<input type="checkbox"/> ja:
Andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja:
Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja:
andere gastro-intestinale Störungen	<input type="checkbox"/> ja:
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja:
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja:
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja:
Neurologische Störung	<input type="checkbox"/> ja:
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja:
Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> ja:
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja:
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja:
Anderes	<input type="checkbox"/> ja:
Anästhesiezwischenfälle/-probleme	<input type="checkbox"/> ja:

<b>Körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt (MET ≤ 4)</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Allergien</b> Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja
<b>Aktuelle Medikation</b> Medikament / Dosierung	
<b>OAK gestoppt ab:</b> <b>Bridging mit:</b>	
<b>Untersuchungen / Beilagen</b>  Labor (Hb, HK, Q, Na, K, Kreat, BZ) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   falls pathologische Befunde:  EKG (ab 50J) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   falls pathologische Befunde:  Lufu  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   falls pathologischer Befund:  Berichte:	
<b>Weitere Bemerkungen</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Kontaktdaten Hausarzt:</b>