PRIVATKLINIK BELAIR • Rietstrasse 30 • 8200 Schaffhausen dispo@belair.ch • T +41 52 632 19 05 • Fax +41 52 625 87 07



Präoperative Untersuchung durch den Hausarzt

Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit sind Anamnese und körperliche Untersuchung die wichtigsten Instrumente. Weitere Abklärungen können aufgrund von Vorerkrankungen Ihres Patienten und Invasivität des Eingriffs erforderlich sein. Auf der Internetseite www.alphacare.ch haben wir für Sie diese Informationen zusammengestellt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Personalie	n des	Patienten			Unters	Untersuchungsdatum:					
Name:					Vorna	Vorname:					
Adresse:											
Telefon:					gebore	en:					
Grösse:	cm	Gewicht:	kg E	BMI:	Blutdr	uck:	mm Hg	Puls:	min-1		
geplanter E	ingriff	am:									
Vorerkranl	kunge	n									
Patient	ist ges	sund, leistun	gsfähig	und ohne	Dauerme	dikation	 1.				
		en Sie - unabhän	_					ıszufüllen.			
Labor	••••••				n der Blutabnahme:						
Hb:	Quick/INR:				:						
Thrombos:			nücht.	3Z: Natrium:*							
*Bestimmung	des Ser	um-Natriums is	nur bei D	auermedikat	tion mit eine	m Diuretik	um oder bei	anderer			
Allgemeinz	zustan	d	gut	red							
Hypertonie			nein	ja		therapiert seit:					
art. Verschlusskrankheit			nein	ja			***********	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
Herzleistu	ng normal eingeschränkt (falls vorhanden bitte Echo-Befund beilegen)										
koronare H	lerzkr	ankheit	nein	ja	Ang	gina pect	toris				
					St.	n. Myoca	erdinfarkt	Datum:			
					St.	n. ACBP		Datum:			
					St.	n. Stente	einlage	Datum:			
Schrittmad	cher /	Defibrillator	nein	ja							
Herzvitium	1		nein	ja							
andere He	rzerkr	ankung	nein	ja							
Auskultati	on Her	z / Lunge	o.B.	Befund	d:						
Asthma			nein	ja:							
COPD			nein	ja:	*******						
andere Lur	ngenfu	ınktionsstör.	nein	ja:	******						



alphacare AG									
Nierenfunktionsstörung	nein	ja	Clearance:						
Leberfunktionsstörung	nein	ja:							
Gastrointestinale Störung	nein	ja:							
Schilddrüsenfunktionsstör.	nein	ja:							
Diabetes mellitus	nein	ja:	eingestellt mit Diät OAD Insulin						
Muskelerkrankung	nein	ja:							
Epilepsie	nein	ja:							
neurologische Erkrankung	nein	ja:							
psychische Erkrankung	nein	ja:							
Gerinnungsstörung	nein	ja:							
EKG ⁽¹⁾	o.B.	Befund	(bitte EKG und EKG-Befund beilegen)						
Röntgen Thorax ⁽²⁾	o.B.	Befund	(bitte Befund beilegen und Röntgenbild dem Pat. mitgeben)						
Noxen	nein	ja:							
Anästhesiezwischenfälle	nein	ja:							
Operationen bisher	nein	ja:							
Medikamente	nein	ja:							
andere Erkrankungen	nein	ja:							
Allergie / Unverträglichkeit	nein	ja:							
präoperative Therapievorschlä	ige / Bemei	kungen	:						
		_							
	•••••								
	•••••								
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •							
Untersuchender Arzt / Datum / Stempel / Unterschrift									

¹⁾ Bitte EKG nur anfertigen, falls bei positiver kardialer Anamnese/Befund das letzte EKG älter als 3 Monate ist.

⁽²⁾ Bitte Rx-Thorax nur anfertigen, falls bei schwererer spezieller Indikation erforderlich