

**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](http://www.alphacare.ch) haben wir für Sie diese Informationen zusammengestellt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

<b>Personalien des Patienten</b>	Untersuchungsdatum:
Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon:	geboren:
Grösse:    cm   Gewicht:    kg    BMI:	Blutdruck:    mm Hg    Puls:           min-1
geplanter Eingriff am:	

**Vorerkrankungen**

.....

.....

.....

**Patient ist gesund, leistungsfähig und ohne Dauermedikation.**

In diesem Fall brauchen Sie - unabhängig vom Alter des Patienten - das Formular nicht weiter auszufüllen.

<b>Labor</b>	Datum der Blutabnahme:
Hb:                   Quick/INR:	Kalium:                   Kreatinin:
Thrombos:	nücht. BZ:                   Natrium:*

\*Bestimmung des Serum-Natriums ist nur bei Dauermedikation mit einem Diuretikum oder bei anderer

<b>Allgemeinzustand</b>	gut	red.	.....
<b>Hypertonie</b>	nein	ja	therapiert seit: .....
<b>art. Verschlusskrankheit</b>	nein	ja	.....
<b>Herzleistung</b>	normal eingeschränkt (falls vorhanden bitte Echo-Befund beilegen)		
<b>koronare Herzkrankheit</b>	nein	ja	Angina pectoris
			St. n. Myocardinfarkt   Datum: .....
			St. n. ACBP               Datum: .....
			St. n. Stenteinlage     Datum: .....
<b>Schrittmacher / Defibrillator</b>	nein	ja	.....
<b>Herzvitium</b>	nein	ja	.....
<b>andere Herzerkrankung</b>	nein	ja	.....
<b>Auskultation Herz / Lunge</b>	o.B.	Befund:	.....
<b>Asthma</b>	nein	ja:	.....
<b>COPD</b>	nein	ja:	.....
<b>andere Lungenfunktionsstör.</b>	nein	ja:	.....

**alphacare AG**

<b>Nierenfunktionsstörung</b>	nein	ja	Clearance:	.....
<b>Leberfunktionsstörung</b>	nein	ja:		.....
<b>Gastrointestinale Störung</b>	nein	ja:		.....
<b>Schilddrüsenfunktionsstör.</b>	nein	ja:		.....
<b>Diabetes mellitus</b>	nein	ja:	eingestellt mit	Diät      OAD      Insulin
<b>Muskelerkrankung</b>	nein	ja:		.....
<b>Epilepsie</b>	nein	ja:		.....
<b>neurologische Erkrankung</b>	nein	ja:		.....
<b>psychische Erkrankung</b>	nein	ja:		.....
<b>Gerinnungsstörung</b>	nein	ja:		.....
<b>EKG<sup>(1)</sup></b>	o.B.		Befund (bitte EKG und EKG-Befund beilegen)	
<b>Röntgen Thorax<sup>(2)</sup></b>	o.B.		Befund (bitte Befund beilegen und Röntgenbild dem Pat. mitgeben)	
<b>Noxen</b>	nein	ja:		.....
<b>Anästhesiezwischenfälle</b>	nein	ja:		.....
<b>Operationen bisher</b>	nein	ja:		.....
				.....
<b>Medikamente</b>	nein	ja:		.....
				.....
<b>andere Erkrankungen</b>	nein	ja:		.....
				.....
<b>Allergie / Unverträglichkeit</b>	nein	ja:		.....
				.....

**präoperative Therapievorschläge / Bemerkungen:**

.....

.....

.....

.....

**Untersuchender Arzt / Datum / Stempel / Unterschrift**

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

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