

Präoperative Abklärungen Hausarzt

Patientin/Patient

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Ihre Einstufung der körperlichen Belastbarkeit des Patienten:

- < 4 MET** kann selbstständig essen, Toilette benutzen, evt. 100m geradeaus gehen
- 4-6 MET** kann zwei Stockwerke Treppensteigen
- > 6 MET** kann Sport betreiben

Diagnosen

Medikamente

Bitte Zutreffendes in der nachfolgenden Liste ankreuzen:

- Allergien
- Noxen Nikotin Alkohol Drogen
- Cerebrovaskulärer Insult Residuen: ja nein
- COPD / Asthma geringe Beeinträchtigung deutliche Beeinträchtigung → Pneumologisches Konsil
- Schlafapnoe CPAP-Therapie
- KHK manifeste AP → Kardiologisches Konsil (KK) St. n. Stent-Einlage → Spezialbericht < als 12 Monate
- Herzinsuffizienz NYHA 1 2 3 4 → KK
- Art Hypertonie
- Schrittmacher-Träger Bericht Schrittmacher-Kontrolle
- Gerinnungsstörung ja, welche (inkl. Bericht) oAK
- Diabetes mellitus Typ I Typ II insulinpflichtig
- Andere Erkrankungen (inkl. Berichte Fachspezialisten)

Datum

Praxis/Arzt

Das Formular bitte ausgefüllt zusammen mit allfälligen Spezialberichten
 retournieren an: sprechstunde.anaesthesie@gzo.ch

Bei Rückfragen Telefon: +41 44 934 25 01