

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Datum OP: _____ Operation: _____

Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> leicht reduziert	<input type="checkbox"/> Angst/Panikattacken	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Claustrophobie	.
Herz - Kreislauf	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Arrhythmie	<input type="checkbox"/> Pacemaker	.
Atemwege	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> OSAS	.
Niere	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz		<input type="checkbox"/>
				.
Leber	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/>
				.
Gerinnung	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Thromboseneigung	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> OAK-> INR/Q?	.
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> oB.	<input type="checkbox"/> D.m. (kein Insulin)	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> D.m. (Insulin)	<input type="checkbox"/> subst. Hypothyreose	.
Allergien	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/>		
Andere Probleme	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Hiatushernie	<input type="checkbox"/> St. n. TIA / Insult	.
Aktuelle Therapie	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medikamente:		

Bemerkungen:

Labor/EKG/Rx-Thorax	Bei Alter >65: EKG und kleines Labor (nicht für Kleineingriffe)
Medikamente	Eigene Medikamente grundsätzlich nicht absetzen. ASS als Sekundärprophylaxe nicht absetzen, übrige Antikoagulantien nach Rücksprache mit Operateurln.
	Orale Antidiabetika: am OP-Tag nicht einnehmen
	Insulin: Am Vorabend ½ der normalen Dosis des Depot-Präparates, evtl. Rückfrage Anästhesie
Nahrungskarenz	Essen 6 h vor OP-Beginn Trinken (Wasser/Tee/Kaffe schwarz) 2 h vor OP-Beginn

Datum _____ . 202... Stempel & Unterschrift

Bei Fragen und Problemen ☎ Anästhesieteam OPZW (Tel. 044 934 42 00) und/oder Operateurln

Bitte mailen an opzw@hin.ch

Operationszentrum Wetzikon
Bahnhofstrasse 137
8620 Wetzikon
Tel. 044 934 42 00