

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Datum OP: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

- |                          |                                |  |  |                                |
|--------------------------|--------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <b>Allgemeinzustand</b>  | <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      | .                              |
| <b>Herz - Kreislauf</b>  | <input type="checkbox"/> oB.   | <input type="checkbox"/> Hypertonie            | <input type="checkbox"/> KHK                 | <input type="checkbox"/> ..... |
|                          |                                | <input type="checkbox"/> Arrhythmie            | <input type="checkbox"/> Pacemaker           | .                              |
| <b>Atemwege</b>          | <input type="checkbox"/> oB.   | <input type="checkbox"/> COPD                  | <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> ..... |
|                          |                                | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> OSAS                | .                              |
| <b>Niere</b>             | <input type="checkbox"/> oB.   | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz    |  | <input type="checkbox"/> ..... |
|                          |                                |  |  | .                              |
| <b>Leber</b>             | <input type="checkbox"/> oB.   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C   | <input type="checkbox"/> HIV                 | <input type="checkbox"/> ..... |
|                          |                                |  |  | .                              |
| <b>Gerinnung</b>         | <input type="checkbox"/> oB.   | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> Thromboseneigung    | <input type="checkbox"/> ..... |
|                          |                                |  | <input type="checkbox"/> OAK-> INR/Q?        | .                              |
| <b>Stoffwechsel</b>      | <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 | .                              |
| <b>Allergien</b>         | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> .....                 |  |                                |
| <b>Andere Probleme</b>   | <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 | .                              |
| <b>Aktuelle Therapie</b> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Medikamente: .....    |  |                                |

Bemerkungen: .....

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

Datum \_\_\_\_\_ . 202... Stempel & Unterschrift

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

Bitte mailen an [opzw@hin.ch](mailto:opzw@hin.ch)

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