

Präoperative Abklärungen Hausarzt

Patientin/Patient

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>

Ihre Einstufung der körperlichen Belastbarkeit des Patienten:

<input type="checkbox"/> < 4 MET	kann selbstständig essen, Toilette benutzen, evt. 100m geradeaus gehen
<input type="checkbox"/> 4-6 MET	kann zwei Stockwerke Treppensteigen
<input type="checkbox"/> > 6 MET	kann Sport betreiben

Diagnosen

Medikamente

Bitte Zutreffendes in der nachfolgenden Liste ankreuzen:

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

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