

# Präoperative Untersuchung

## Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum	Patientennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tel. Nr. P	Tel. Nr. G
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geplante Operation

Diagnosen

Medikamente

Allergien, Unverträglichkeiten, Noxen

Befunde	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>
Grösse	<input type="text"/>
Blutdruck	<input type="text"/>
Puls	<input type="text"/>

Anästhesiezwischenfälle (auch Blutsverwandte)

<b>Labor</b>	Hämoglobin	<input type="text"/>	Na	<input type="text"/>	Quick/INR	<input type="text"/>
	Hk	<input type="text"/>	K	<input type="text"/>	Thromboinzeit	<input type="text"/>
	Lc	<input type="text"/>	Kreatinin	<input type="text"/>	PTT	<input type="text"/>
	Tc	<input type="text"/>	Harnstoff	<input type="text"/>	Fibrinogen	<input type="text"/>
	BSR	<input type="text"/>	BZ	<input type="text"/>		
	CRP	<input type="text"/>	GOT	<input type="text"/>		
	Andere	<input type="text"/>	GPT	<input type="text"/>		

Auskultation Herz/Lungen

Befund Röntgenthorax

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Allgemeinzustand/Operabilität**

- |                              |                                    |  |
|------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> reduziert | <input type="checkbox"/> schlecht/fraglich |
|------------------------------|------------------------------------|--|

**Zentralnervensystem**

- |                               |                                   |                                       |                                    |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> pathologisch | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

**Herzleistung**

- |                                 |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> NYHA II               | <input type="checkbox"/> NYHA III          |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> KHK                   | <input type="checkbox"/> Stabile Angina    | <input type="checkbox"/> Instabile Angina |
|                                 | <input type="checkbox"/> St. n. Myocardinfarkt | <input type="checkbox"/> St. n. PTCA       | <input type="checkbox"/> St. n. ACBP      |
|                                 | <input type="checkbox"/> Vitium                | <input type="checkbox"/> Klappenersatz Bio | <input type="checkbox"/> mechanisch       |

**EKG**

- |                                 |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> PM oder Defi      | <input type="checkbox"/> abs. Arrhythmie   | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern |
|                                 | <input type="checkbox"/> unifasz. Block    | <input type="checkbox"/> bifasz. Block     | <input type="checkbox"/> polytope ES    |
|                                 | <input type="checkbox"/> monot. ES <5/min. | <input type="checkbox"/> monot. ES >5/min. |   |

**Kreislauf und Gefäße**

- |                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Hypert. Eingestellt | <input type="checkbox"/> schwere Hypertonie |
|                               | <input type="checkbox"/> PAVK                | <input type="checkbox"/> Carotisstenose     |
|                               | <input type="checkbox"/> Aneurysma           |   |

**Lunge**

- |                               |  |  |   |
|-------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> FEV1 <1             | <input type="checkbox"/> VC <40%            |
|                               | <input type="checkbox"/> anamn. Asthma     | <input type="checkbox"/> sympt. Asthma       | <input type="checkbox"/> paO2 <60           |
|                               | <input type="checkbox"/> COPD              | <input type="checkbox"/> reduzierte Funktion | <input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe        |
|                               | <input type="checkbox"/> CRPD              |  | <input type="checkbox"/> Globalinsuffizienz |

**Nierenfunktion**

- |                                 |  |                                  |   |
|---------------------------------|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> komplexe Insuffizienz | <input type="checkbox"/> Krea >2 | <input type="checkbox"/> Dialysepatient |
|---------------------------------|--|----------------------------------|---|

**Stoffwechsel**

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Diab. eingestellt | <input type="checkbox"/> Diabetes entgleist |
|                                 | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose     | <input type="checkbox"/> Hypothyreose       |
|                                 | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose     | <input type="checkbox"/> Hepatitis          |

**Weitere Befunde**

- Muskelerkrankung
- Gerinnungsstörung
- Thrombose
- Embolie
- Andere

- |               |                                       |  |                                      |
|---------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <b>Noxen:</b> | <input type="checkbox"/> Aethylabusus | <input type="checkbox"/> Nikotinabusus | <input type="checkbox"/> Med. Abusus |
|---------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|

Präoperative Therapievorschläge / Bemerkungen:

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Datum der Untersuchung: