



Für die Beurteilung der Narkosefähigkeit sind Anamnese und körperliche Untersuchung die wichtigsten Instrumente. Weitere Abklärungen können aufgrund von Vorerkrankungen Ihres Patienten und Invasivität des Eingriffs erforderlich sein. Auf der [Internetseite der Klinik Seeschau](#) haben wir bei Bedarf weitere Informationen zusammengestellt. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

**Personalien des Patienten**

**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BD: \_\_\_\_\_ mmHg

Puls: \_\_\_\_\_ /min

**Geplanter Eingriff:** \_\_\_\_\_

**am:** \_\_\_\_\_

**Behandelnder Belegarzt Klinik Seeschau:**

**Labor:**  siehe Laborresultate (Beilage)

Datum der Blutentnahme: \_\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_ g/l (zwingend bei grösseren Eingriffen wie Prothetik, TURP, Porstatektomien, Nephrektomien, Hysterektomien, Cholezystektomien, Abdominoplastiken, grösseren Mamma-Eingriffen)

INR: \_\_\_\_\_ / Tc: \_\_\_\_\_ (beide nur bei gerinnungshemmenden Medikamenten oder positiver Anamnese)

Na: \_\_\_\_\_ mmol

K: \_\_\_\_\_ mmol

Krea: \_\_\_\_\_ umol

Na, K und Krea zwingend bestimmen bei entsprechender Anamnese oder Medikation mit ACE-Hemmer, AT-II-Antagonisten, Diuretika, Digitalis, Antidepressiva

Allergien / Unverträglichkeiten  nein  ja: \_\_\_\_\_

**Patient ist gesund, leistungsfähig und ohne Dauermedikation.**

→ in diesem Fall muss das Formular - unabhängig vom Alter des Patienten - nicht weiter ausgefüllt werden.

**Vorerkrankungen:** (alternativ Diagnoseliste beilegen)

**Organsysteme:**

Allgemeinzustand  gut  reduziert

Hypertonie  nein  ja - therapiert seit: \_\_\_\_\_

PAVK  nein  ja:  konservativ  St.n. PTA \_\_\_\_\_

Herzleistung  normal  eingeschränkt (falls verfügbar Echo beilegen)

KHK  nein  ja (unbedingt letzten kardiologischen Bericht beilegen)

Pacemaker / ICD  nein  ja (unbedingt letzten kardiologischen Bericht beilegen)

Herzvitien / andere  
Herzkrankungen:

Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> nein	ja: _____ (falls vorhanden bitte letzten pneumologischen Bericht beilegen)
Andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ Krea-Clearance: _____ ml/min.
Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ (bei bekannter Leberfunktionsstörung zwingend aktuelle Leberwerte bestimmen)
Gastrointestinale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Schilddrüsenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> OAD <input type="checkbox"/> Insulin aktuelles HbA1c: _____
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – bitte entsprechende Berichte beilegen!
Noxen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Anästhesiezwischenfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	Hep B/C <input type="checkbox"/> HIV
Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/> keine	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

**Medikamente:** siehe Medikamentenliste (Beilage)

*(bitte bezüglich Bridging von oralen Antikoagulantien und Pausieren von NOACs etc. das zusätzliche Dokument beachten)*

EKG  o.B.  Befund (bitte EKG beilegen)  
(EKG nur anfertigen bei positiver kardialer Anamnese (KHK, Rhythmusstörungen, Herzinsuff., PM etc.) und/oder Alter > 65 Jahre)

Röntgen Thorax  o.B.  Befund (bitte Rx-Bild dem Patienten mitgeben)  
(bitte nur Rx-Thorax bei schwerer Lungenerkrankung, falls letztes Rx-Thorax älter als 12 Monate oder neue Symptomatik resp. klarer Indikation)

Anderes:

Untersuchender Arzt: \_\_\_\_\_

Wir wären dankbar, wenn Sie die präoperativen Untersuchungsergebnisse an den entsprechenden Belegarzt/Operateur sowie in Kopie auch an die Klinik Seeschau senden würden: [praeop@klinik-seeschau.ch](mailto:praeop@klinik-seeschau.ch).