



## Präoperative Abklärungen

(Mindestanforderungen siehe Homepage Anästhesie KSF)

Diagnose \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_

Endoprothetik mit Eintritt am Operationstag

OP-Termin

Stationär    Eintrittstag \_\_\_\_\_     Ambulant

Gerinnungshemmende Medikation Prozedere

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

(KSF-Pat-Etikette)

Datum: \_\_\_\_\_

Signatur Spitalarzt \_\_\_\_\_

## Durch den Hausarzt präoperativ durchzuführende Untersuchungen

Formular per Mail/Post an KSF Anästhesiesprechstunde, 052 723 71 17; [zentraledisposition.ksf@stgag.ch](mailto:zentraledisposition.ksf@stgag.ch)

Diagnosen \_\_\_\_\_

AZ/Leistungsfähigkeit \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Medikamente/Dosierung \_\_\_\_\_

sonstiges/Besonderheiten \_\_\_\_\_

Blutdruck \_\_\_\_\_

Puls \_\_\_\_\_

Gewicht/kg \_\_\_\_\_

Grösse/cm \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> Thr.-zyten	<input type="checkbox"/> Quick/INR	<input type="checkbox"/> BZ nüchtern / <input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> Natrium	<input type="checkbox"/> Kalium	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> TSH / <input type="checkbox"/> Kalzium
<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> ALAT	<input type="checkbox"/> Bilirubin	

**Endoprothetik mit Eintritt am Operationstag**

CRP 2-3 Tage vor Eintritt \_\_\_\_\_     Urinstatus

**Pathologische Werte bitte sofort an KSF Orthopädie melden [orthopaedie.ksf@stgag.ch](mailto:orthopaedie.ksf@stgag.ch)**

**Harnwegsinfekt antibiotisch therapieren.**

**kein EKG nötig**

EKG:  
(ggf. Kopie u/o Befund dem Patienten mitgeben)

**kein Röntgen nötig**

Thorax-Röntgen:  
 anderes:  
(ggf. Bilder/Befund dem Patienten mitgeben)

Postoperative Nachbetreuung ist zuhause sowie durch den Hausarzt gewährleistet?     ja

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift Hausarzt: \_\_\_\_\_