

Bitte beachten Sie unsere **Checkliste** zu weiterführenden Abklärungen vor der Operation.

Name Patientin/ Patient	Vorname	Geburts- datum
Telefonnummer	Grösse	Gewicht
Geplante Operation		
Diagnosen		<input type="checkbox"/> Liste als Beilage
Allergien		<input type="checkbox"/> Liste als Beilage
Aktuelle Medikamente		<input type="checkbox"/> Liste als Beilage
EKG für alle >65 J.	<input type="checkbox"/> als Beilage	Labor (Info) <input type="checkbox"/> als Beilage
Allgemeinzustand		Leistungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> schlecht
		<input type="checkbox"/> gut
		<input type="checkbox"/> <2 MET
		<input type="checkbox"/> <4 MET
Herzerkrankungen		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> PM/ICD
	<input type="checkbox"/> Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Klappenerkrankung
Datum letzte kardiologische Kontrolle		<input type="checkbox"/> art. Hypertonie
		<input type="checkbox"/> Bericht als Beilage
Lungenerkrankungen		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> COPD/ Asthma	<input type="checkbox"/> chron. Husten
		<input type="checkbox"/> OSAS
		<input type="checkbox"/> mit CPAP
Datum letzte pneumologische Kontrolle		<input type="checkbox"/> pulm. Hypertonie
		<input type="checkbox"/> Bericht als Beilage
Weitere Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Magen-Darm
<input type="checkbox"/> Nerven	<input type="checkbox"/> Muskeln	<input type="checkbox"/> Gefässe
		<input type="checkbox"/> Reflux
		<input type="checkbox"/> Gerinnung
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	welche:	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Andere:		<input type="checkbox"/> Stoffwechsel
<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum
Was / Wie viel:	Was / Wie viel:	Pack years:
Bemerkungen		
Hausarztpraxis Name		
Hausärztin/-arzt		
Datum		