

# Präoperative Abklärung

Institut für Anästhesiologie

Frau/Herr Dr. med. (Untersucher)

---



---



---



---

**Patient:** Name, Geb.Dat., Adresse, Tel.Nr.

---



---



---

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Operation:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **OP-Termin:** \_\_\_\_\_

**Operateur:**

Spital STS AG  
Operations- und  
Anästhesiesprechstunde  
Krankenhausstrasse 12

**3600 THUN**

Sehr geehrte Kollegin  
Sehr geehrter Kollege

Wir bitten Sie für die vorgesehene Operation eine präoperative Abklärung durchzuführen. Sie können uns diese in Form eines freien Berichtes (Bsp. Diagnoseliste, Allgemeiner Status/MET, Medikamentenliste, Labor und EKG spezifisch abgestimmt auf den bevorstehenden Eingriff und den Krankheitszustand) oder mittels nachfolgendem Formular per Briefpost oder elektronisch übermitteln.

Für die Beilegung relevanter aktueller spezialärztlicher Berichte sind wir Ihnen dankbar.

Für Fragen bezüglich der Anästhesie können Sie sich jederzeit an den Dienstarzt der Anästhesie (058 636 35 96) wenden.

**Bericht bitte spätestens bis 5 Tage vor geplantem OP-Termin per A-Post an obige Adresse oder per Mail an [anaesthesie@spitalstsag.ch](mailto:anaesthesie@spitalstsag.ch) senden.**

## Hauptdiagnosen

Allgemeinzustand

Ernährungszustand

Leistungsfähigkeit

**Herz - Kreislauf**

**Atemwege**

**Stoffwechsel  
Diabetes mellitus**

<b>Andere Leiden</b> Leber- und Nierenleiden Ulkuserkrankung, Gastritis, Refluxerkrankung Psychische und neurologische Erkrankungen	
<b>Frühere Operationen</b>	
<b>Genussmittel</b>	
Bei früheren Eingriffen aufgetretene <b>Anästhesie-Komplikationen</b>	
<b>Allergien</b> und Art der Reaktion	
<b>Gerinnungsprobleme</b> Empfehlung: <b>„Periinterventionelles Management der Antikoagulation und Antiaggregation“</b> und <b>„Rückenmarksnahe Regionalanästhesie und Antithrombotische Medikation“</b>  aktuelle Versionen auf der Website der Spital STS AG  <a href="http://www.spitalstsag.ch">www.spitalstsag.ch</a> / Fachpersonen	<b>Hinweise auf Gerinnungsprobleme (anamnestisch, familiär u.a.):</b>  <input type="checkbox"/> Thrombocyten-Aggregationshemmer <input type="checkbox"/> orale Antikoagulation (VKA/DOAK)  <b>Präoperative Massnahmen:</b>  <input type="checkbox"/> abgesetzt am: _____  <input type="checkbox"/> Bridging: _____
<b>EKG</b>  Ab 60 jährig (nicht älter als 6 Monate) oder bei kardial belasteter Anamnese/Rhythmusstörungen.	<b>Befund:</b>
<b>Thorax-Röntgen</b>  Nur bei kardial und/oder pulmonal stark belasteter Anamnese. Bitte nur Befund senden.	<b>Befund:</b>
<b>Aktuelle Medikation</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Labor - nicht älter als 2 Monate</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunder Patient unter 50 Jahre und mit blander Anamnese benötigen für kleine Eingriffe kein Labor</li> <li>• Alter über 50 Jahre: gezieltes Labor abgestimmt auf Gesundheitszustand, Medikamente und Grösse des Eingriffs</li> </ul>	<b>Datum der Bestimmungen:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

Stempel + Unterschrift: