

Patientenname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihr(e) Patientin/Patient wird in Kürze für einen operativen Eingriff im Asana Spital Leuggern eintreten. Dürfen wir Sie höflich bitten, die präoperativen Untersuchungen gemäss untenstehender Liste durchzuführen und die Resultate rechtzeitig an die Patientendisposition zu leiten.

1. Präoperative Abklärungen bei Patienten ohne Vorerkrankungen in Anamnese gemäss Checkliste

Alter	Abklärung
< 50 Jahre	keine
50 - 64 Jahre	EKG
> 65 Jahre	EKG, Krea, INR, kl. BB, nü. Gluc

2. Anamnese: BD: Blutverdünnungsmedikamente ja nein

Bitte Diagnoseliste, aktuelle Medikamentenliste und kardiologische Vorbefunde mitschicken.

3. Checkliste: Dürfen wir Sie bitten, bei Vorliegen von Begleiterkrankungen die zusätzlich notwendigen Untersuchungen gemäss Checkliste vorzunehmen:

Bei **entsprechender Anamnese** müssen allenfalls noch weitere Untersuchungen wie erweitertes Labor, Lungenfunktion, Belastungs-EKG etc. durchgeführt werden.

Bei Hüft-, Knie- und Schulterprothesen zusätzlich CRP (CRP > 20 frühzeitig melden)

Kardiovaskulär	KHK, Arrhythmie, Herzinsuffizienz	EKG, Thorax-Rö, K, Krea, INR, Hb, Tc, BNP
	Hypertonie	EKG, K, Krea
Pneumopathie	COPD, Asthma, Emphysem	EKG, Thorax-Rö, K, INR, Hb, Tc
Diabetes mellitus		EKG, K, Krea, Gluc, Hb
Nephropathie		K, Krea, Hb, Tc
Hepatopathie		GOT, GPT, INR, Hb, Tc
Hämorrhagische Diathese		INR, Hb, Tc, Gerinnungsphysiologie
Dauermedikation	Diuretika	Na, K, Krea
	Digoxin	EKG, Na, K, Krea
	Steroide	Na, K, Gluc
	Antikoagulation	INR, Hb, Tc
OP-spezifisch bei	Hüft- und Knie-TP, TUR-P, Holec, grosse Bauch-OP	EKG, INR, Hb, Tc, Krea, Gluc

Bei Gerinnungsstörung komplette Abklärung falls nicht vorhanden.

Das Labor darf max. 8 Wochen, das EKG 6 Monate, das Thorax-Rö max. 1 Jahr alt sein.

Falls vorhanden Blutgruppenkarte mitgeben!

Resultate, Unterlagen und allfällige weitere Dokumente (Lungenfunktionsprüfung, Echokardiografie), soweit möglich in Kopie, bitten wir, entweder vom Hausarzt dem Patienten für den Klinikeintritt mitzugeben oder vom HA weiterzuleiten an: **E-Mail:** stationssekretariat@spitalleuggern.ch

oder auf dem **Postweg:** Disposition, Asana Spital Leuggern AG, Kommendeweg 12, 5316 Leuggern.

Herzlichen Dank

Datum

Stempel/ Unterschrift

Patientenname:

Geburtsdatum:

- Keine Antikoagulation, keine Thrombozytenhemmung
- Die Antikoagulation mit: _____ wurde _____ Tage vor dem Eingriff abgesetzt
(überlappend mit niedermolekularem Heparin).
Nach dem Eingriff bitte wieder einsetzen
- Die Antikoagulation muss belassen werden Indikation:
- Die Thrombozytenhemmung mit: _____ wurde _____ Tage vor dem Eingriff abgesetzt.
Bitte nach dem Eingriff wieder einsetzen
- Die Thrombozytenhemmung muss belassen werden Indikation:

4. Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamenten- und Diagnoseliste in den Anhang

5. Befunde und Zusammenfassende Beurteilung (Leistungsfähigkeit, sportliche Betätigung, Kompensationsfähigkeit, Compliance, Besonderes). Leistungsfähigkeit (MET **Persönliche Anamnese/Diagnosen:**

BD mmHg	Puls	Gewicht	kg	Grösse	cm
---------	------	---------	----	--------	----

Kardial: Vitium Angina pectoris Herzinsuffizienz
 o.B. pathologisches EKG:

Pulmonal: pathol. Thorax-Rx:
 o.B.

Stoffwechsel:
 keine Störungen

Neurologie:
 o.B.

Gerinnung:
 o.B.

Allergie / Unverträglichkeit:
 keine

Endokarditisprophylaxe (gem. orangem Pass):
 keine notwendig notwendig

Bemerkungen:

6. Medikamente:

7. Noxen: Nikotin Alkohol

Datum: _____ Adresse/Unterschrift _____

Beilagen