

# Hausarztbericht

zur präoperativen Abklärung und Vorbehandlung

**Bitte zurücksenden an:**

Institut für Anästhesie und/oder Chirurgie,  
Klinik Mustermann Musterhausen  
Musterstrasse 99, CH-9999 Musterstadt

## 1. Patientendaten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## 2. Anamnese

Diagnoseliste

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige relevante Operationen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Patientenstatus

MET-Status  <4  4–6  >6 Erklärungen siehe Seite 4 im Spitaldossier

OP-Risiko  A  B  C

| Organsystem           | Klinische Situation  | Vorgeschlagene Untersuchung  |
|-----------------------|--|--|
| <b>Herz-Kreislauf</b> | <input type="checkbox"/> keine Probleme  |  |
| KHK                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> stabile AP CSS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> instabile AP CSS <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> unklare Situation | Keine Untersuchung<br>Kardiologisches Konsil, Belastungstest<br>Kardiologisches Konsil |
| Herzinsuffizienz      | <input type="checkbox"/> ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4  | Keine Untersuchung<br>Kardiologisches Konsil, Echokardiographie, BNP                   |
| Stent Implantation    | <input type="checkbox"/> ja wann, welche, Erfolg?  | Aktuelle Medikation  |
| Klappenerkrankung     | <input type="checkbox"/> ja  |  |
|                       | <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit   | Keine Untersuchung   |
|                       | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit   | Kardiologisches Konsil, Echokardiographie, BNP   |
| Art. Hypertonie       | <input type="checkbox"/> ja gut eingestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |  |
| PAVK                  | <input type="checkbox"/> ja Status nach Intervention?  | Bericht über Intervention, Antikoagulation?  |

| Organsystem                 | Klinische Situation  | Vorgeschlagene Untersuchung   |
|-----------------------------|--|---|
| <b>Lunge</b>                | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| COPD/Asthma                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geringe Beeinträchtigung<br><input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung                               | Keine Untersuchung<br>Pulmologisches Konsil, Lungenfunktion             |
| Schlafapnoe                 | <input type="checkbox"/> ja CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> ja<br>CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> nein   | Keine Untersuchung<br>Kardiologisches Konsil, Echokardiographie, BNP    |
| <b>Gerinnung</b>            | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| Klin. Gerinnungsstörung     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung<br><input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung                                       | Hämostasiologisches Konsil<br>Hämostasiologisches Konsil                |
| <b>Anämie</b>               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja → Seite 3 im Spitaldossier                                     |
| <b>Eisenmangel</b>          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja → Seite 3 im Spitaldossier                                     |
| <b>Niere</b>                | <input type="checkbox"/> Keine Probleme<br><input type="checkbox"/> ja   | Kreatininwert, eGFR nach MDRD   |
| <b>Leber</b>                | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| Insuffizienz                | <input type="checkbox"/> ja CHILD <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C   | Quick, INR, Leberwerte  |
| Port. Hypertension          | <input type="checkbox"/> ja  |   |
| <b>Stoffwechsel</b>         | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| Diabetes Typ 1              | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation  |
| Diabetes Typ 2              | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation  |
| Symptomatische SD-Störung   | <input type="checkbox"/> ja  | TSH, T3, T4   |
| Andere Störungen            | <input type="checkbox"/> ja  | Medikation, entsprechende Laborwerte                                    |
| <b>Muskel</b>               | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| Erkrankung?                 | <input type="checkbox"/> ja  | Entsprechende Berichte über Diagnose                                    |
| Maligne Hyperthermie        | <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> in Familie/Verwandtschaft   |   |
| <b>Neurologie</b>           | <input type="checkbox"/> Keine Probleme  |   |
| Cerebrovaskuläre Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja  | Neurostatus bei Defizit, Vaskuläre Abklärung (beilegen, wenn vorhanden) |
| Sonstige Erkrankungen       | <input type="checkbox"/> ja  | Neurologischer Bericht  |
| <b>Allergie</b>             | <input type="checkbox"/> Keine Probleme<br><input type="checkbox"/> ja   |   |
| <b>Sonstiges</b>            | <input type="checkbox"/> Keine Probleme<br><input type="checkbox"/> ja   |   |

### Bemerkungen

---



---



---



---

Praxisname/Stempel

Datum/Unterschrift

---

