

Präoperative Abklärungen durch die Hausärztin oder den Hausarzt	 Stadt Zürich Stadtspital Triemli		Stadtspital Triemli Zürich Ambulantes Perioperatives Zentrum Pavillon F
	Herausgeber/Fachbereich: Ambulantes Perioperatives Zentrum	Aktualisiert am: 07.07.2016	Nummer: APZ.FO.012
Dieses Formular finden Sie auch unter: www.triemli.ch/formulare	Seite/n	1/3	

1 Basisinformation PatientIn	
Familienname:	Vorname:
Adresse:	
Geburtsdatum:	Telefon:

2 Diagnosen	
1	5
2	6
3	7
4	8

3 Operationen / Hospitalisationen				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wann?	Wenn ja, wo?	Wenn ja, weshalb?
			
			
			
			
			
			

4 Wie viele Treppen kann Ihre Patientin oder Ihr Patient ohne Pause gehen?		
<input type="checkbox"/> Mehr als zwei Stockwerke	<input type="checkbox"/> Nur zwei Stockwerke	<input type="checkbox"/> Ein Stockwerk oder weniger

5 Allergien	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?



6 Anamnestische Angaben

Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
KHK	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Valvuläre Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anderer Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzleistung	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt (falls EF bekannt
PAVK	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
COPD	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anderer pneumologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (falls Clearance bekannt
Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anderer gastro-intestinale Störungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Neurologische Störungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anästhesiezwisehenfälle /-probleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

7 Medikation

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welches Medikament / welche Dosierung? (z.B. Aspirin cardio 100 mg 1-0-0-0)

8 Status Datum: __ / __ / ____

Grösse:	cm	Gewicht:	kg	Blutdruck:	mmHg	Puls:	/min
Askulation Herz / Lunge:							



9 Untersuchungen (bitte gemäss Triemli-Schema beilegen) Datum: __ / __ / ____

Labor Nein Ja, Sämtliche Befunde:

.....

EKG Nein Ja, Sämtliche Befunde:

.....

Thorax Nein Ja, Sämtliche Befunde:

.....

10 Weitere Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift: