



## Zuweisung Hausarzt

Zuweisender Arzt / Klinik:  
(Stempel)

Patientendaten:  
(Etikett mit Namen/Vornamen/Geb.datum/Adresse/Tel.)

Wir bitten um die präoperativen Abklärungen für folgenden Eingriff:

..... Datum des Eingriffes: .....

### Präoperative Abklärungen (durch den Hausarzt auszufüllen):

**1. Untersuchung:**

Körpergrösse:.....cm      Gewicht:.....kg

BD:.....mmHg      Puls:...../min

**2. Diagnoseliste (bitte ankreuzen  und ausfüllen):**

- |                                                 |                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Angina pectoris                         |
| <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus      | <input type="checkbox"/> Insulin (s. Therapie)                   |
| <input type="checkbox"/> COPD                   | <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> Allergien auf:.....    |                                                                  |

Reaktion mit:       Dyspnoe       Schock       Hautreaktion

Blutungsneigung

Sonstige anästhesierelevante Diagnosen:

.....

.....

.....

.....



**3. Aktuelle Therapie / Medikamentenliste:**

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

**4. Laborwerte:**

Präoperative Laboruntersuchungen gemäss Ihrem Gutdünken anhand der Anamnese, der Untersuchung und der bekannten Diagnosen. Wir bitten um eine Befundkopie.

**5. EKG:** Nur indiziert bei Patienten mit kardialer Vorgeschichte oder Anamnese. Bitte Befundkopie beilegen.

**6. Thorax-Röntgenbild:** Nicht routinemässig indiziert. Falls Sie bei spezieller Indikation ein Thorax-Röntgenbild veranlassen, bitten wir um eine schriftliche Befundkopie (keine Bilder).

**7. Lungenfunktionstest:** Bei chronischen Lungenkrankheiten bitten wir um eine Befundkopie.

**8. Ist der Patient aus Ihrer Sicht operabel?**  Ja  Nein

**Frage bei Augenoperationen/Cataract:**  
Kann der Patient für ca. 20 Minuten ruhig und flach liegen:  Ja  Nein

**9. Sonstige Risiken, Massnahmen, Bemerkungen:**

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

Kontaktdaten Hausarzt (Stempel):

Datum / Unterschrift Hausarzt: .....

**Bitte vor dem geplanten Operationstermin faxen an: 044 748 10 90 oder senden an: m-a-s@hin.ch**

Vor dem Absenden bitte überprüfen ob Personalien des Patienten vollständig sind.

Für Fragen stehen wir, die Mobile Anästhesie Systeme AG, jederzeit zur Verfügung unter: 044 748 24 25

Danke für die Zusammenarbeit