

# Hausärztliche präoperative Untersuchungsbefunde

Bitte Patient\*in mitgeben oder Zustellung per Mail an [ergolz-klinik@cardiance.com](mailto:ergolz-klinik@cardiance.com)

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geschlecht  w  m  d

OP Datum \_\_\_\_\_ Operateur\*in \_\_\_\_\_

**Kinder unter 18 Jahren:** Keine Voruntersuchung nötig.

**Patient\*innen ab 18 Jahren:**

Hb \_\_\_\_\_ Glukose \_\_\_\_\_ Quick \_\_\_\_\_

Lc \_\_\_\_\_ Kalium \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_

Thrombo \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_

Verdacht auf multiresistente Keime gemäss aktuellen Swissnoso-Richtlinien

**Männer ab 40 Jahren / Frauen ab 50 Jahren:** zusätzlich EKG  
EKG Befund: (Bilder nur bei pathologischem Befund mitgeben)

\_\_\_\_\_

**Patient\*innen ab 60 Jahren:** zusätzlich Thorax (nicht nötig bei Eingriffen in Lokalanästhesie)  
Thorax Befund: (Bilder nur bei pathologischem Befund mitgeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Relevante Erkrankungen, Probleme und Medikamente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thrombozytenaggregationshemmer bitte 7 Tage vor OP absetzen.

Datum, Unterschrift und Stempel Arzt\*in