

# Anmeldung Präoperative Sprechstunde (Chirurgie)

(Spitalzentrum Biel AG, Sekretariat Chirurgie, Postfach, 2501 Biel oder [consultation.chir@szb-chb.ch](mailto:consultation.chir@szb-chb.ch))

Tel: 032 324 37 63

Spitalzentrum  
Centre hospitalier  
Biel-Bienne



**1) Dringlichkeit:**

Dringend <input type="checkbox"/>	Bei Gelegenheit <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--

**2) Info Patient:**

männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum	
Name		Vorname	
Strasse/Nr.		PLZ/ORT	
Telefon			
Sprache		Deutsch <input type="checkbox"/> und/oder Französisch <input type="checkbox"/> Andere Sprache:..... falls Verständigung auf Deutsch oder Französisch nicht möglich	

**3) Medizinische Beurteilung:**

Gesunder leistungsfähiger Patient Ja  Nein

Patient mit Begleiterkrankung Ja  Nein  Wenn ja, bitte ankreuzen welche:

(X)	Begleiterkrankung	Abklärung präoperativ	Thorax-Rx: nicht älter als 3 Monate EKG: nicht älter als 6 Monate
<input type="checkbox"/>	<b>Kardiovaskulär:</b> KHK, Hypertonie, Arrhythmie, arterielle Verschlusskrankheit. bei Herzinsuff. zusätzlich:	EKG, Na, K, Kreatinin Thorax-Rx	
<input type="checkbox"/>	<b>Lungenerkrankungen Mediastinalprozesse:</b> Asthma, COPD St.n. Lungen-OP (nur falls klin. Änderung in letzten 3 Mte) Immer: Tumoren, Pleuraerguss,	EKG, Thorax-Rx., K, Kreatinin	
<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes:</b>	EKG, K, Kreatinin, Glukose	
<input type="checkbox"/>	<b>Nephropathie:</b>	Hb, Na, K, Kreatinin	
<input type="checkbox"/>	<b>Hepatopathie:</b>	PT (Quick), GOT, GPT, y-GT	
<input type="checkbox"/>	<b>Hämorrh. Diathese:</b>	Hb, Thc., PT (Quick),	
<input type="checkbox"/>	<b>Onkologie:</b>	Hb, Leuk, Thc., Krea, Hst	
<input type="checkbox"/>	<b>Dauermedikation:</b> Diuretika Digoxin Steroide Antikoagulation	Na, K, Kreatinin EKG; Na, K, Kreatinin Na, K, Glukose, Hb, PT (Quick), Thrc	

Obige Abklärungen werden durch mich ausgeführt Ja  Nein

**Patient mit Medikation**

Ja  Nein  Falls ja, welche Medikamente (oder Liste beilegen)

Medikament	Arzneiform (Galenische Form)	Dosis (ml/mg)	Einnahmezeit			
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht

**Frühere Operationen** (oder Liste beilegen)

Falls relevant für die aktuelle Situation/OP bitte frühere Berichte mitschicken.

Jahr (Datum)	Art der Operation und Diagnose	Bemerkungen

<b>Patient mit Noxen</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:	
<b>Patient mit Allergien</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:	
<b>Patient mit Lähmungen</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:	
<b>Benötigt Heimsauerstoff</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
<b>Isolationen</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieso:	MSRA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/>

**Anamnese/Befund:**

Patient ist bevormundet: Nein  Ja  falls ja, Name Vormund: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

**Stempel und Unterschrift  
des einweisenden Arztes**