

HAUSARZT BERICHT

(Von Hand oder am PC ausfüllen und mittels Post oder per Mail senden)



SPITAL LINTH

Formular senden an: casemanagement@spital-linth.ch

Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ	Wohnort
Geplante Operation		
Diagnoseliste		

Relevante Operationen

Medikamente

Patientenstatus

MET-Status 
 OP-Risiko 

>6 4-6 <4
 A B C

> 6 MET kann schwere Hausarbeiten verrichten kann eine kurze Distanz rennen, kann Wandern, Velotouren machen
 4-6 MET kann leichte Hausarbeiten verrichten kann mindestens 1 Etage Treppensteigen
 < 4 MET kann selbständig Körperpflege verrichten, wenige hundert Meter auf ebenem Gelände gehen
 A z.B. KnieArthroskopie, kleiner Abdominaler Eingriff, Hernien,
 B z.B. laparoskopischer Eingriff, Gelenkersatz, Prostata Operationen, Kiefer- und Gesichtsoptionen
 C z.B. ausgedehnte Laparoskopische Operationen, Thorakoskopische Operationen, grosse Orthopädische Revisionen, Zwiöhleneingriffe

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
HERZ-KREISLAUF	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
KHK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> stabile AP CCS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> instabile AP CCS <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> unklare Situation	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Belastungstest Kard. Konsil
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja NYHA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Echokardiographie, BNP
St.n. Intervention	<input type="checkbox"/> ja wann, welche, Erfolg?	Bericht über Intervention Anti-koagulation? (s. Standards)
Klappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit	Keine Untersuchung Kard. Konsil, Echokardiographie
Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja gut eingestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
PAVK	<input type="checkbox"/> ja St.n. Intervention?	Bericht über Intervention, Anti-koagulation? (s. Standards)

ORGANSYSTEM	KLINISCHE SITUATION	VORGESCHLAGENE UNTERSUCHUNG
Lunge	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> deutliche Beeinträchtigung	Keine Untersuchung Pulmon. Konsil, Lungenfunktion
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/> ja CPAP-Therapie <input type="checkbox"/> ja	
Niere	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	ja	Kreatininwert, Clearance, GFR nach MDRD
Leber	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja CHILD <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Cholinesterase, Quick, INR, Leberwerte
Port. Hypertension	<input type="checkbox"/> ja	
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> ja	Medikation
Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> ja	Medikation
Symptomat. SD-Störung	<input type="checkbox"/> ja	TSH, T3, T4
Andere Störungen	<input type="checkbox"/> ja	Medikation, entsprech. Laborwerte
Muskel	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	Entsprech. Berichte über Diagnose
Malig. Hyperthermie	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> familiär	
Gerinnung	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Klin. Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> thrombophile Störung <input type="checkbox"/> hämorrhagische Störung	Hämostasiolog. Konsil Hämostasiolog. Konsil
Neurologie	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
Cerebrovasc. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	NeuroStatus bei Defizit, Vask. Abklärung (wenn vorhanden)
Sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Neurolog. Bericht
Allergie	<input type="checkbox"/> Keine Probleme	
	ja	

Untersuchung durch den Hausarzt

Bitte zurück senden an:

Praxisname / Stempel

Datum / Unterschrift

CASE MANAGEMENT
Op- Planung
Gasterstrasse 25
8730 Uznach
casemanagement@spital-linth.ch
www.spital-linth.ch

Formular senden an: casemanagement@spital-linth.ch