

Formularkopf



## PRÄOPERATIVE UNTERSUCHUNG DURCH DEN HAUSARZT

**Geb.-ziffern lt. EBM:** 31 011 (11-39 Jahre), 31 012 (40-59 Jahre), 31 013 (ab 60 Jahre)

aktuelle Diagnose: \_\_\_\_\_  
geplante Operation: \_\_\_\_\_  
Vorgespräch am: \_\_\_\_\_  
OP geplant am: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie hiermit höflichst um die Einschätzung der OP – Fähigkeit des o.g. Pat. und um Mitgabe folgender Dokumente:

- |   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einschätzung der OP - Fähigkeit  | <input type="checkbox"/> Medikamentenplan                  | <input type="checkbox"/> EKG |
| <input type="checkbox"/> ggf. neurologischer Befund (ENG) | <input type="checkbox"/> ggf. Doppler – Sonographie Befund |                              |
| <input type="checkbox"/> ggf. RÖ/MRT/CT                   | <input type="checkbox"/> _____                             |                              |

### **Labor (max. 4 Wo. vor OP):**

- |   |                                |                              |                                    |                              |                              |                                      |
|---|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kleines Blutbild | <input type="checkbox"/> Quick | <input type="checkbox"/> PTT | <input type="checkbox"/> Kreatinin | <input type="checkbox"/> GFR | <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Elektrolyte |
| <input type="checkbox"/> _____            |                                |                              | <input type="checkbox"/> _____     |                              |                              |                                      |
- ggf. 2 Tage Pause bei Pat. mit Metformin
- ASS kann belassen werden       ASS – Pause für ..... Tage
- 24 Std. NOAK – Pause       48 Std. NOAK – Pause       ..... NOAK – Pause
- \_\_\_\_\_
- ggf. Anpassung der Schmerzmittel (Tramadol, Novaminsulfon, Tilidin/Valoron, o.ä., die die Blutgerinnung nicht beeinflussen)

### **Zusätzlich bitten wir um Rezeptausstellung für:**

- Heparin (z.B. Clexane) – Spritzen       20 mg       40 mg
- Kompressionsstrümpfe       Unterarmgehstützen
- \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die kollegiale Zusammenarbeit!