



Bitte ausfüllen und retour senden an urologie-amriswil@hin.ch

Patienten-ID-Kleber	Geplanter Eingriff
	Eingriff-Datum/Zeitraum:
	Eingriff <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär im Spital
	<input type="checkbox"/> Seeschau Kreuzlingen <input type="checkbox"/> Münsterlingen <input type="checkbox"/> Frauenfeld
Antikoagulation:	<input type="checkbox"/> fortsetzen <input type="checkbox"/> Umstellung:

Basiswerte	
<input type="checkbox"/> Grösse: cm	<input type="checkbox"/> Gewicht:kg
<input type="checkbox"/> BD mmHg	<input type="checkbox"/> Puls /min
<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> EKG – Bitte Zutreffendes ankreuzen
<input type="checkbox"/> Hb (g/dl):	<input type="checkbox"/> o.B.
<input type="checkbox"/> Thrombos:	<input type="checkbox"/> Befund => EKG beigelegt
<input type="checkbox"/> INR:	<input type="checkbox"/> Röntgen-Thorax– Bitte Zutreffendes ankreuzen
<input type="checkbox"/> Na (mmol/l):	<input type="checkbox"/> o.B.
<input type="checkbox"/> K (mmol/l):	<input type="checkbox"/> Befund => schriftlicher Befund beigelegt
<input type="checkbox"/> Krea (umol/l):	<input type="checkbox"/> Befund => CD mitgegeben <input type="checkbox"/> Befund im KIS
<input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Medi-Plan beigelegt – falls kein Medikationsplan beigelegt, dann hier Medikation eintragen:	
<input type="checkbox"/> Vorerkrankungen - Bitte Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankungen. Patient ist fit und Leistungsfähig	
<input type="checkbox"/> Patient hat Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Diagnosenliste beigelegt – falls keine Diagnosenliste beigelegt, dann hier Vorerkrankungen ankreuzen und angeben:	
<input type="checkbox"/> Antikoagulation: <input type="checkbox"/> OAK <input type="checkbox"/> NOAK: <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel	
<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> St.n.LE <input type="checkbox"/> Anderes:	
<input type="checkbox"/> St.n. TBVT <input type="checkbox"/> PAVK => letzten angiologischen Bericht beilegen	
<input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK => letzten kardiologischer Bericht beilegen	
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen => letzten kardiologischen Bericht beilegen	
<input type="checkbox"/> ICD/ <input type="checkbox"/> Pacemaker => letzten kardiologischen Bericht beilegen	
<input type="checkbox"/> D.m : <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> OAD: <input type="checkbox"/> Insulin: <input type="checkbox"/> letzter HbA1c:	
<input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung => aktuelle Leberwerte bestimmen und in Kopie beilegen	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> HepC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Anderes:	
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung:	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankung:	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung:	
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen:	
Besonderheiten bei Eingriffen in der Vergangenheit – Bitte Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Schwierige Intubation <input type="checkbox"/> PONV <input type="checkbox"/> Narkosezwischenfall:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	