



an die zuständigen
Hausärzte/-ärztinnen

MERKBLATT PRÄOPERATIVE VORUNTERSUCHUNG

WS-Chirurgie bei wenig belasteten Patienten

Name/Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.P: _____ Tel.G: _____

Sehr geehrte Frau Dr., sehr geehrter Herr Dr.

Präoperative OP-Diagnose: _____

Bei Ihrer/Ihrem oben genannten Patientin/Patienten planen wir am _____
ambulant/stationär folgende Operation durchzuführen:

Wir möchten Sie bitten, die präoperative allgemein-internistische Abklärung durchzuführen und die untenstehenden Untersuchungen vorzunehmen:

- SYSTEMANAMNESE** Jetziges Leiden, Persönliche Anamnese, aktuelle Medikation, Allergien
- ALLG. STATUS** Lokalstatus, BD, Puls, Herz-/Lungenbefund, Abdominalbefund
- LABOR** Glukose, Na, K, Krea, Hb, Hk, Lc, Tc, Quick, Blutgruppe (+ Karte), weitere Parameter nach Ermessen
- RX-THORAX** nur falls kardiopulmonale Anamnese oder Klinik auffällig, bzw. falls Patient/-in älter als 60 Jahre
- EKG** nur falls kardiale Anamnese oder Klinik auffällig, bzw. falls Patient/-in älter als 50 Jahre

Bitte senden Sie die Unterlagen (inkl. EKG- und Röntgenbefund) direkt an folgende Adresse:

PD Dr.med. Hj. Leu
Orthop. Chirurgie FMH, spez. Wirbelsäulen-Chirurgie
Wirbelsäulen- und Schmerz-Clinic
Klinik Hirslanden
Witellikerstr. 40
8032 Zürich
Fax-Nr.: 044 387 37 58

Besten Dank und freundliche Grüsse