

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihr/e Patient/in _____ geboren am _____

wird am _____ von Dr. _____ operiert.

Operation: _____ **Anästhesie:** Tropfanästhesie + Analgosedation

Hinweise zur Antikoagulation/ Thrombozytenaggregationshemmern

- Bei der Kataraktoperation erfolgt der Schnitt meistens am Rand der Hornhaut. Eine INR < 2 (Quick > 25%) ist ausreichend. Thrombozytenaggregationshemmer müssen nicht abgesetzt werden.
- Thrombozytenaggregationshemmer sollten 10 Tage vor Operation abgesetzt werden und können 3 Tage nach Operation wieder eingenommen werden.
- Wenn aus internistischen Gründen keine Kontraindikationen bestehen, sollte die Antikoagulation vor dem Eingriff abgesetzt werden. (Marcoumar mit Ziel INR < 1,7 / NOAKs (z.B. Xarelto) 1 Tag vor OP.)

Wir bitten Sie um die Durchführung der aufgeführten präoperativen Abklärungen (nicht älter als 6 Monate) und das Ausfüllen des beigelegten Fragebogens.

Alter	Frauen und Männer
< 60 Jahre	Fragebogen ausfüllen sonst keine Abklärung notwendig, wenn keine Hinweise auf Begleiterkrankungen
> 60 Jahre	Fragebogen, EKG, kleines Blutbild, Quick, Natrium, Kalium, Glucose, Kreatinin

- Die gewohnten Medikamente, ausser Antidiabetika, sollen am Tag der Operation eingenommen werden. Insulin-Präparate sollen am Tag der Operation in die Tagesklinik mitgenommen werden.

Bitte Laborbefunde, EKG und den vollständig ausgefüllten Fragebogen

mind. 7 Tage vor dem Operationstag an:

Tagesklinik Ambimed, Anästhesiesprechstunde, Klingentalstrasse 9, 4057 Basel

oder per FAX: 061 681 14 18 oder per E-Mail: ambimed.basel@hin.ch

In dringenden Fällen Rücksprache mit der Anästhesie unter 079 440 84 25

Wir bedanken uns für Ihre freundliche Mitarbeit.

Datum:

Stempel Augenarzt / Unterschrift:.....

Name: _____
Geburtsdatum: _____

Grösse: _____ **Gewicht:** _____

Medikamente:

	Ja	Nein	Wenn ja, welche / wann?
- Allergien (gegen Medikamente, Nahrungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
- Kreislauferkrankungen / Blutdruck-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
- Gefässerkrankungen (Thrombose, Durchblutungsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Lungenerkrankungen (Asthma, Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Blutarmut/Bluterkrankungen/ Neigung zu Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Magen-Darm-Erkrankungen (Magenbrennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Lebererkrankungen (Gelbsucht, Lebererhärtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht, Schilddrüse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Muskelerkrankungen (Muskeldystrophie, Maligne Hyperthermie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
- Andere, bisher nicht erwähnte Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
- Nikotin- oder Alkoholkonsum (was / wieviel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Wurde der/die Patient/In in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Datum:

Stempel Hausarzt / Unterschrift:.....