

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei unserer/m gemeinsamen Patientin/-en ist eine ambulante Augenoperation geplant.

Patientendaten

Name, Vorname	Genaueres Geb.- Datum	Geschlecht
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W <input type="radio"/> D

OP- Daten

Geplanter OP-Eingriff	Anästhesie	Operateur	OP-Datum
	Tropfanästhesie + Analosedation		

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 061 681 14 14

Wir bedanken uns für Ihre freundliche Mitarbeit.

Datum, den	
Stempel, Unterschrift Augenarzt	

Patientendaten

Name, Vorname	Genaueres Geb.- Datum	Geschlecht
		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W <input type="radio"/> D

Gewicht:	Grösse:
----------	---------

Medikamente

	Nein	Ja	Wenn ja, welche/ wann?
Allergien (gegen Medikamente, Nahrungsmittel)			
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler)			
Gefässerkrankungen (Thrombose, Durchblutungsstörung)			
Lungenerkrankungen (Asthma, Lungenentzündung)			
Blutarmut/Bluterkrankungen/ Neigung zu Blutergüssen			
Magen-Darm-Erkrankungen (Magenbrennen)			
Lebererkrankungen (Gelbsucht, Lebererhärtung)			
Nierenerkrankungen (Nierenentzündung, Nierensteine)			
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht, Schilddrüse)			
Neurologische Erkrankungen (Epilepsie, Multiple Sklerose)			
Muskelerkrankungen (Muskeldystrophie, Maligne Hyperthermie)			
Andere, bisher nicht erwähnte Krankheiten			
Nikotin- oder Alkoholkonsum (was/ wieviel)			

Wurde die Patientin/der Patient in den letzten 3 Monaten ärztlich behandelt?

- Nein
 Ja/ Grund der Behandlung

Datum, den	
Stempel, Unterschrift Hausarzt	