

Informationen für den Hausarzt

Pat.-Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur risikoarmen Durchführung der geplanten Operation bitten wir um Ihre Beurteilung wichtiger Organfunktionen des Patienten/der Patientin. Es sollte in den letzten Wochen keine Zahnextraktion, kein chirurgischer Eingriff, keine Kontrastmittelgabe und keine Hepatitisimpfung erfolgt sein. Es darf keine akute Infektion vorliegen. Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen und aktuelle Laborwerte mit. Die Beantwortung folgender Fragen ist uns eine große Hilfe zur perioperativen Risikoeinschätzung.

Herz- Kreislauferkrankungen? art. Hypert. koronare HK Herzinsuff. Rhythmusstörungen

Pulmonale Erkrankungen? Asthma br. COPD Lungenfibrose Z.n. Lungen(teil)resektion

Stoffwechselerkrankungen? NIDDM IDDM Fettstoffw. Hypo- / Hyperthyreose

Sonstiges? Anfallsleiden Leberinsuff. Niereninsuffizienz

Medikamente?

Metformin muss **48 Stunden** vor dem Eingriff abgesetzt sein, andere orale Antidiabetika können bis zum Vorabend der OP verordnet werden. Folgende Medikamente sollten präoperativ abgesetzt werden:

- **Östrogene: 6 Wochen**
- **Ticlopidin (Tiklyd®): 10 Tage**
- **Clopidogrel (Plavix®/Iscover®): 7 Tage**
- **ASS 3 Tage nur bei hohem Blutungsrisiko**
- **ASS + Dipyridamol (Aggrenox®): 5 Tage vor OP auf ASS (mono) umstellen → ASS bis OP belassen**

Nach Implantation v. Drug Eluting Stents (DES) wird bis **12 Monate**, bei Metallstents (BMS) bis **1 Monat keine elektive OP** empfohlen. Erhält der Patient ASS bei hohem Thromboserisiko (z.B. akutes oder instabiles Koronarsyndrom; ischämischer Hirninfarkt, frische Bypass-OP) sollte dies auch bei erhöhtem Blutungsrisiko belassen werden. Eine notwendige Therapie mit Vit-K₁-Antagonisten sollte unter Kontrolle des INR-Wertes auf niedermolekulares Heparin (NMH) umgesetzt werden. Vorschläge dazu und Informationen zum sog. "off label use" von NMH finden Sie auf unserem Info.-blatt "Umstellung orale Antikoagulation", das wir Ihnen gerne zukommen lassen. **Vielen Dank für Ihre Mühe!**

Sind Allergien bekannt? NEIN

Datum

Stempel

Unterschrift