

**Vom Hausarzt ausfüllen lassen!****Befunddokumentation für die Operations- und Anästhesievorbereitung**

Krankenkasse	AOK SVLFG BKK IKK VdeK Knappschaft Privat
Name, Vorname, Geburtstag des <b>Versicherten</b>	
Name, Vorname, Geburtstag des <b>Patienten</b>	
Anschrift des Patienten	
Telefon/e-Mail des Patienten	

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
bei Ihrem o.g. Patienten ist ein zahnärztlicher Eingriff in Intubationsnarkose geplant. Zur Vorbereitung dieser Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und unterschrieben dem Patienten mitzugeben oder an uns zu faxen (Fax 04408 1550). Sollte es Rückfragen geben, erreichen Sie unsere Praxis unter der Telefonnummer 04408 7477. Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns herzlich.

**Datum des geplanten Eingriffes:** \_\_\_\_\_ **Art- und voraussichtliche Dauer des Eingriffes:**

- konservierende Behandlung     chirurgische Behandlung/Operation     Zahnersatz  
 bis ca. 30 Minuten     bis ca. 60 Minuten     mehr als 60 Minuten

**Anamnese/Untersuchung**

- Frühere Operationen     nein     ja    wann    welche
- Narkoseprobleme**     nein     ja    wann    welche
- Letzte Narkose    Jahr    Anlass
- Blutübertragung     nein     ja    wann
- Herz,Kreislauf     o.B.     auffällig
- Herzinsuffizienz     art. Hypertonie     coronare Herzerkrankung  
 Herzfehler     art. Hypotonie     art. Verschlusskrankheit  
 Rhythmusstörung     Venenerkrankung
- Atmungsorgane     o.B.     auffällig
- Emphysem     chron. Bronchitis  
 Asthma     Cor pulmonale  
 restriktive Lungenerkrankung
- Stoffwechsel     o.B.     auffällig
- Diabetes mell.     Hyperuricämie     Hyperlipoproteinämie     Schilddrüse
- Leber     o.B.     auffällig
- Hepatitis     Fettleber     Cholestase     Cirrhose
- Niere     o.B.     auffällig
- Entzündungen     nein     ja    welche
- Muskelerkrankungen     nein     ja    welche
- Allergien     nein     ja    welche

**Medikamente und Dosierung**

(einschliesslich Schmerz-, Schlaf-,Beruhigungsmittel, Laxantien, Ovulationshemmer, Antikoagulantien)

- Nikotin     nein     ja    Anzahl/Tag
- Alkohol     nein     ja    Menge/Tag

**Aktuelle Befunde (Basisprogramm)**

- Blutdruck / Puls /Min    Grösse cm    Gewicht kg
- Schwangerschaft     nein     ungewiss     ja    welcher Monat
- Hämorrhag. Diathese     nein     ja    Quick-Wert    PTT
- HIV-Test     nein     ja    Ergebnis     positiv     negativ
- Sonstige Infektionen     nein     ja    welche
- Hb g/dl    Hk %    Leuko /ul    Blutzucker (p.p.)
- BSG Thrombo /ul    Ery /ul    Quick    PTT
- Na mval/l    K mval/l    Ca mval/l
- letztes EKG am

Erweitertes Programm nur nach Rücksprache mit unserem Anästhesisten erforderlich!

**Ist der Patient narkosetauglich?**     ja     nein

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes