

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

## Ambulantes Operationszentrum Mobiler Anästhesiedienst

Allee 38  
74072 Heilbronn  
Tel.: 07131/7868500  
Fax 07131/786858  
Email: info@tagesklinik-heilbronn.de  
Web: www.tagesklinik-heilbronn.de

### DIAGNOSE: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr/e Patient/-in wird sich in Kürze einem ambulanten operativen Eingriff unterziehen. Er/Sie sucht Sie jetzt auf, um bei Ihnen die Voruntersuchungen durchführen zu lassen, welche für die Abschätzung des Operations- und Narkoserisiko benötigt werden.

Durch Ihre sorgfältige Anamnese- und Befundübermittlung und gegebenenfalls präoperative therapeutische Intervention tragen Sie dazu bei, das Risiko für Ihren Patienten zu minimieren. Außerdem verweisen wir auf das Kap. 31.1 des EBM's.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

### FRÜHERE NARKOSEN/OPERATIONEN

nein  ja \_\_\_\_\_

### Komplikationen

- keine  Intubationsschwierigkeiten  
 Kreislaufkomplikationen  
 verlängerte Narkotika- oder Muskelrelaxantienwirkung  
 Transfusionskomplikationen  
 maligne Hyperthermie  
 sonstiges \_\_\_\_\_

### KÖRPERLICHER GESAMTSTATUS

◆ Kopf/Hals \_\_\_\_\_

◆ Herz/Kreislauf/Gefäße RR: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

◆ Atmungsorgane \_\_\_\_\_

◆ Stoffwechsel \_\_\_\_\_

◆ Abdomen \_\_\_\_\_

◆ Bewegungsapparat \_\_\_\_\_

◆ ZNS/Psychie \_\_\_\_\_

◆ Sonstige  nein  \_\_\_\_\_

- ◆ Allergien  nein  ja \_\_\_\_\_
- ◆ Nikotin/Alkohol/Drogen  nein  ja \_\_\_\_\_
- ◆ Gravidität  nein  ja Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_
- ◆ Dauermedikation  nein  ja \_\_\_\_\_

◆ Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfelds für ambulantes Operieren:  
 ja  nein

- Bitte metforminhaltige Antidiabetika 2 Tage präoperativ bis 2 Tage postoperativ **absetzen!**
- Acetylsalicylsäurehaltige Medikamente (z.B. ASS 100) bitte 5 Tage präoperativ **absetzen!**
- Blutdruckmedikamente bitte am OP-Tag mit einem Schluck Wasser einnehmen!

**BEFUNDE**

*bitte im Original beifügen, sie werden umgehend an Sie zurückgeleitet!*

**1. Laboruntersuchungen**

Hb	g/dl	Quick	%	Na	mmol/l
Hk	%	PTT*	sec	K	mmol/l
Thrombos	X 1000/μl	INR		Krea	mg/dl
		BZ	mg/dl	GPT	U/l
				γGT	U/l

\* Bei Kindern: wenn PTT erhöht, zusätzlich Cardiolipid-AK-(actin aktiviert) und aPTT Bestimmung

**2. EKG** *ab 40. Lebensjahr–früher bei Vorerkrankungen, ggf. zusätzlich Echokardiographie oder kardiolog. Konsil*

- entfällt
- Befund \_\_\_\_\_

**3a. Lufu ggf. BGA** *ab 60. Lebensjahr–früher bei Vorerkrankungen*

- entfällt
- Befund \_\_\_\_\_

oder

**3b. Rö-Thorax** *ab 60. Lebensjahr–früher bei Vorerkrankungen*

- entfällt
- Befund \_\_\_\_\_

**4. Ggf. weitere ambulante oder stationäre Befunde**

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift