

**Abklärung der Narkosefähigkeit**

Patientenetikett

Sprechstunden-Termin: \_\_\_\_\_

Ort: **Ambulante Anästhesie- und Schmerzprechstunde  
Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie  
Verbindungstrakt 4. OG  
Terminvereinbarung: Tel. Nr. 052 266 34 91**

---

---

**Vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen:**

Vorgesehenes OP-Datum: \_\_\_\_\_ geplante OP-Dauer: \_\_\_\_\_

Geplante Eintrittsart:  stationär  
 kurzstationär = Nüchterneintritt am OP-Tag, mind. 1 Nacht  
 ambulant = teilstationär Tagesklinik

Art des Eingriffes: \_\_\_\_\_

OP-Lagerung: \_\_\_\_\_ Bemerkung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Tel Nr.: \_\_\_\_\_

---

---

**Für den Patienten:**

Am Operationstag: Bitte kommen Sie nüchtern und finden sich auf folgender Abteilung ein:

- Patientenaufnahme Haupteingang
  - Station: \_\_\_\_\_
- 
-