

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: _____