

KVK
-----

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

## Befunddokumentation für die Operations- und Anästhesievorbereitung

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, uns diesen Fragebogen auszufüllen und unterschrieben dem Patienten mitzugeben oder an uns zu faxen (Fax 04408 923182). Sollte es Rückfragen geben, erreichen Sie unsere Praxis unter Tel. 04408 7477. Für Ihre Bemühungen danken wir.

**Frühere Operationen**     nein     ja    wann    welche

**Letzte Narkose**    Jahr    **Narkoseprobleme**  nein     ja    wann    welche

**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**    **Befund:**

**Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes** (Erweitertes Programm nur nach Anforderung erforderlich)