



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Versichert: \_\_\_\_\_

### Präoperativer Befund

OP-Datum: \_\_\_\_\_ Dauer ca. : \_\_\_\_\_ Std.

Operateur: \_\_\_\_\_

Eingriff: \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg      **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauserkrankungen:**

Bluthochdruck	ja	nein
Herzinfarkt / Angina pectoris	ja	nein
Stent	ja	nein
Herzrhythmusstörung	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein

**Lungenerkrankung:**

Raucher	ja	nein
Asthma	ja	nein
Bronchitis	ja	nein
Schlaf-Apnoe	ja	nein

**Stoffwechsel:**

Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein

**Gerinnungsstörungen:**

Blutungsneigung	ja	nein
Thrombosen	ja	nein

**Magen/Darm:**

Sodbrennen/ Reflux	ja	nein
--------------------	----	------

**Infektionen:**

Hepatitis/ HIV	ja	nein
----------------	----	------

**Neurologie:**

Parkinson / Demenz	ja	nein
--------------------	----	------

**Sonstiges:**

Probleme bei Vornarkosen	ja	nein
Muskelerkrankung	ja	nein

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_