

# Anästhesie Zusammenfassung

Gesundheitscampus Bludenz

Name					
Gewicht		Größe		Alter	

letzte Mahlzeit vereinbart

geplanter **OP Termin/** Zeit

**Geplante OP /** Operateur

**Allergien**

Anästhesierelevante Vorerkrankungen

Dauermedikation

Zahnstatus

**Vereinbarten Narkose**

Alternativ/Erweiterung?

**Freigegeben**  
0 Datum Unterschrift

Anästhesie **bedingt** freigegeben  
0 Name

offene Punkte

Anästhesie in unserem Setting **nicht** möglich  
0 Datum Name

Bemerkungen