

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

BEFUNDDOKUMENTATION IM RAHMEN DER AMBULANTEN UND BELEGÄRZTLICHEN ANAESTHESIEVORBEREITUNG



(gilt nicht bei integrierten Versorgungs-Verträgen)

Op-Diagnose: _____

geplanter Eingriff: _____

A Komplikationen bei früheren Narkosen/Operationen:
 ja nein

wenn ja, welche: _____

B wichtige Dauerdiagnosen: (bitte unbedingt ICD-10 angeben)

1.	_____	(ICD: _____)
2.	_____	(ICD: _____)
3.	_____	(ICD: _____)
4.	_____	(ICD: _____)
5.	_____	(ICD: _____)
6.	_____	(ICD: _____)
7.	_____	(ICD: _____)
8.	_____	(ICD: _____)

besondere Risiken: _____

abschl. Bewertung zur OP-Fähigkeit: _____

C Allergien: _____

D Dauermedikamente mit Dosierung: _____

Nikotin: _____ Alkohol: _____

E Befunde

1. Ganzkörperstatus
 Größe: _____ Gewicht: _____ RR: _____ Puls: _____
 auffällige Befunde bei der körperlichen Untersuchung: _____

2. Laboruntersuchungen, Werte siehe Anlage, vom: _____
 obligat ab 60.Lj: EBM-Ziff. 32125 und/oder 32110 bis 32116
 fakultativ: bei jüngeren Patienten, evt. zusätzlich EBM-Ziff. 32101, 32110 bis 32116, 32125
 auffällige Laborwerte: _____

3. EKG, obligat ab 40.Lj. Ausdruck (siehe Anlage) vom: _____
 Befund/Kommentar: _____

4. Spirometrie, fakultativ ab 60.Lj. Ausdruck (siehe Anlage) vom: _____
 Befund: _____

Praxisstempel