Praxis für Anästhesiologie · Dr. med. Markus Grabowski
Dompfaffenweg 14 · 59069 Hamm · Tel. 02385 4296466 · Mobil 0177 7796863 · Fax 02385 4296465

Präoperative Befundanforderung

Kollegiale Anfrage zur Anästhesievorbereitung – **Rückantwort bitte per Fax an 02385 4296465**

1. Patient/in und Eingriff

von der Anästhesie auszufüllen

An Hausarztpraxis: _____

Patient/in: _____ geb. am: _____

Geplanter Eingriff: _____ OP-Datum: _____

Operateur / Klinik: _____ ☐ ambulant ☐ stationär

Rückmeldung erbeten bis: _____

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege, zur Narkosevorbereitung bitten wir um die angekreuzten, **bei Ihnen bereits vorliegenden** Unterlagen und eine kurze Rückantwort (Abschnitt 3). Herzlichen Dank!

☐ **Die schriftliche Einwilligung der Patientin / des Patienten zur Befundübermittlung liegt uns vor.**

2. Angeforderte Unterlagen

☐ Aktueller Medikamentenplan mit Dosierungen	☐ Aktuelle Diagnosen- und Problemliste
☐ Vorhandenes 12-Kanal-EKG	☐ Relevante Arztbriefe / Entlassungsberichte
☐ Vorhandene Echokardiografie / kardiolog. Befunde	☐ Vorhandene Lungenfunktion / pneumolog. Befunde

☐ Labor (vorhandene Werte): ☐ Blutbild ☐ Kreatinin/eGFR ☐ Elektrolyte ☐ Gerinnung ☐ HbA1c

☐ Sonstiges, gezielt: _____

Hinweis: Labor- und Zusatzuntersuchungen nur bei Indikation – bitte nicht allein wegen dieser Anfrage neu veranlassen.

3. Hausärztliche Rückantwort

von der Hausarztpraxis auszufüllen

	Frage	Ja	Nein	Nicht bekannt
1	Besteht aktuell eine klinisch relevante Verschlechterung bekannter Vorerkrankungen?	☐	☐	☐
2	Gab es in den letzten drei Monaten relevante Krankenhausaufenthalte oder Medikationsänderungen?	☐	☐	☐
3	Werden Antikoagulanzien oder Thrombozytenaggregationshemmer eingenommen?	☐	☐	☐
4	Werden GLP-1- oder GLP-1/GIP-Präparate angewendet?	☐	☐	☐
5	Werden SGLT2-Hemmer eingenommen?	☐	☐	☐
6	Sind relevante diagnostische Abklärungen derzeit noch nicht abgeschlossen?	☐	☐	☐
7	Sind Probleme bei früheren Narkosen bekannt?	☐	☐	☐

Präparate, Indikation, Dosierung / relevante Bemerkungen: _____

_____

_____

_____

Praxisstempel

_____ _____

Datum Unterschrift Hausärztin / Hausarzt