



# Vereinbarung Narkose

Dr. Blum & Partner

*Bitte lächeln*

02603 936 25 90

Zwischen Dr. Blum & Partner  
Fachzahnärzte für Oralchirurgie  
Paracelsus-Klinik  
Taunusallee 7-11 | 56130 Bad  
und

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Patientenummer \_\_\_\_\_

Es ist ein Eingriff in Vollnarkose geplant. Sie wurden diesbezüglich von uns schon ausführlich beraten und informiert. Hier fassen wir noch einmal die **wichtigsten Punkte zur Erinnerung** und zum Nachlesen zusammen:

1. Der Patient muss sich vor dem OP-Termin beim **Narkosearzt** vorgestellt haben. Das kann nach Terminabsprache in unserer Praxis erfolgen oder nach telefonischer Absprache in der:

**Anästhesie – Gemeinschaftspraxis, Hohenfelder Straße 17, 56068 Koblenz, Tel 0261-160142**

Bitte bringen Sie zum Anästhesiegespräch Folgendes mit, **sofern zutreffend**:

- Versicherungskarte
- Narkose Fragebogen ausgefüllt
- Anästhesieprotokoll- Gerinnungsanamnese ausgefüllt
- Überleitungsbogen, die Grunderkrankungen und die Medikamentenverordnung
- Psychiatrisches Attest bei psychiatrischer Erkrankung
- Blutbild und EKG nur falls aktuell vorhanden

2. Bitte bringen Sie zum OP-Termin Folgendes mit, **sofern zutreffend**:

- Versicherungskarte
- alle Einwilligungen unterschrieben vom Gesetzlichen Vertreter

**WICHTIG! Falls sich die Anamnese/Medikamenteneinnahme nach dem Anästhesiegespräch geändert hat, muss der Anästhesist dringend darüber benachrichtigt werden.**

3. Kommen Sie zur Narkose **nüchtern, d. h. mindestens 6 Stunden** vorher nichts mehr essen und trinken.

4. Bitte rufen Sie uns **einen Tag vor dem geplanten Eingriff** an um die genaue **Uhrzeit** für Ihre Narkose zu erfragen. In der Regel werden Sie 60min vor dem OP Eingriff einbestellt. Bitte beachten Sie, dass es durch die Komplexität von Patienten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu Verzögerungen kommen kann. Das ist im Voraus nicht kalkulierbar und wir bitten daher um Ihre Kooperation und Ihr Verständnis.

5. Bitte kleiden Sie sich bequem (z.B. Trainingsanzug). Bringen Sie einen Satz **Wechselkleidung** mit und ziehen Sie **keine Strumpfhose** an. Binden Sie bei **langen Haaren einen Zopf**.

6. **Es ist es unbedingt erforderlich eine zweite Begleitperson für die Heimfahrt mitzubringen um die Betreuung während der Autofahrt sicherzustellen.**

7. Falls Sie den vereinbarten **Behandlungstermin** aus wichtigen Gründen nicht wahrnehmen können, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mind. 48 Stunden vorher)**. Sollten Sie ohne **rechtzeitige Absage nicht erscheinen**, berechnen wir eine **Ausfallgebühr in Höhe von 75,00 Euro** je angefangene halbe Stunde geplanter Narkosezeit.

Ich bestätige hiermit durch meine Unterschrift, die genannten Informationen verstanden zu haben. Ich habe keine weiteren Fragen.

Datum \_\_\_\_\_ Name, Vorname (ggf. gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_ bei gesetzlichen Vertretern Beziehung zum Patienten

Anschrift, Telefonnummer und E-Mail des gesetzlichen Vertreters:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_