



gescannt von:

<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Allgemein Chir.	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	Mallampati		Name, Vorname						
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> AINS	<input type="checkbox"/> Sonstiges	(1-4)								
<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Unfall Chir.	NYHA		Geburtsdatum						
Station	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Urologie	(1-4)								
Größe (cm)		Gewicht (kg)		Alter	Straße, Hausnummer						
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Säugling		<input type="checkbox"/> NG					
Zahnstatus	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> saniiert	<input type="checkbox"/> gefährdet	<input type="checkbox"/> Prothese	PLZ, Wohnort						
Allergien											
Vorerkrankungen					Vormedikamente						
ASA	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Expl.	PONV	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Nichtrau.	<input type="checkbox"/> PONV Anamnese	<input type="checkbox"/> postop. Opioide
Labor-Datum	Hb	Thomb.	Quick	PTT	K+	GOT	Kreat.	y-GT			
Diagnose			Eingriff				OP-Datum				
Planung/CAVE								<input type="checkbox"/> geplant			
								<input type="checkbox"/> dringlich			
								<input type="checkbox"/> Notfall			
<input type="checkbox"/> ITN	<input type="checkbox"/> SPA	<input type="checkbox"/> Pl. axillaris	<input type="checkbox"/> TIVA		Prämedikationsdatum						
<input type="checkbox"/> Maske/LAMA	<input type="checkbox"/> PDA	<input type="checkbox"/> Pl. interscalenär	<input type="checkbox"/> ART		Prämedikations-Uhrzeit						
<input type="checkbox"/> Doppel-LT	<input type="checkbox"/> Stand-by	<input type="checkbox"/> Regional periph.	<input type="checkbox"/> ZVK		Anästhesist/in						
Anweisungen für Station		<input type="checkbox"/> Blutgruppe		Prämedikation Vorabend							
<input type="checkbox"/> Labor:		<input type="checkbox"/> Fremdblut in OP:									
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Fremdblut Abruf:									
<input type="checkbox"/> Konsil:		<input type="checkbox"/> PPSB		Prämedikation OP-Tag							
<input type="checkbox"/> Lungenfunktion		<input type="checkbox"/> FFP									
<input type="checkbox"/> Röntgen-Thorax		<input type="checkbox"/> TK									
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		Trinken bis:		Essen bis:		Unterschrift					

Name, Vorname, Geburtsdatum																					
Datum					Ärztliches Personal										Pflegerisches Personal						
<input type="checkbox"/> OP-Saal Nr: <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Uro-Rö <input type="checkbox"/> Sectio-OP <input type="checkbox"/> Kreißaal <input type="checkbox"/> Schockraum					Eingriff										Operateur						
<input type="checkbox"/> Analgesiedierung <input type="checkbox"/> Stand-By <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> balanciert <input type="checkbox"/> RSI					<input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> PDA <input type="checkbox"/> thorakal <input type="checkbox"/> lumbal <input type="checkbox"/> liegt <input type="checkbox"/> Sonst: <input type="checkbox"/> Pl. axill. <input type="checkbox"/> VIP <input type="checkbox"/> lsc. <input type="checkbox"/> lschiad. <input type="checkbox"/> Femoral. <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> Kath.										Punktion/Anz			Tiefe/Länge		Nadel	
<input type="checkbox"/> Thio <input type="checkbox"/> Pro   Bol <input type="checkbox"/> Mida <input type="checkbox"/> Keta   Perf																				Atemweg	
<input type="checkbox"/> Remi <input type="checkbox"/> Suf   Bol <input type="checkbox"/> Piri   Perf																				<input type="checkbox"/> ITN <input type="checkbox"/> DL-Tub <input type="checkbox"/> LaMa <input type="checkbox"/> i-gel <input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Tr-Kan <input type="checkbox"/> JET	
<input type="checkbox"/> Roc <input type="checkbox"/> Suc <input type="checkbox"/> Atr <input type="checkbox"/> Miva																				Größe:	
<input type="checkbox"/> Des <input type="checkbox"/> Iso <input type="checkbox"/> Sev																				<input type="checkbox"/> spiral <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> VL <input type="checkbox"/> Führg <input type="checkbox"/> bronch <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Wendl	
<input type="checkbox"/> FiO2 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Luft																				Cormack	
<input type="checkbox"/> Bupi <input type="checkbox"/> Ropi <input type="checkbox"/> Lido <input type="checkbox"/> Prilo																				<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> Adr <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Ephe <input type="checkbox"/> Atro																				Modus	
<input type="checkbox"/> Urap <input type="checkbox"/> Clon <input type="checkbox"/> Meto																				<input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> sync <input type="checkbox"/> spont <input type="checkbox"/> JET	
<input type="checkbox"/> Antib <input type="checkbox"/> Antidot <input type="checkbox"/> Onda <input type="checkbox"/> Dexa																				Respirator:	
<input type="checkbox"/> Jono <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> Gela																				Lagerung	
<input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> PPSB																				<input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Trendel. <input type="checkbox"/> Anti Tr. <input type="checkbox"/> Steinschn. <input type="checkbox"/> Seite re. <input type="checkbox"/> Seite li. <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> Umlager. <input type="checkbox"/> Sonstig.	
<input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Drg.																					
Uhrzeit																					
Monitoring																					
<input type="checkbox"/> Temperatur: <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> RR n. inv <input type="checkbox"/> RR invasiv <input type="checkbox"/> AnKon <input type="checkbox"/> Cuff-Druck <input type="checkbox"/> Relaxometrie		200		180		160		140		120		100		80		60		40		20	
Maßnahmen																					
<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Magensonde																					
Legende (Beginn-Ende): A-Anästhesiepräsenz, X-Anästhesie, ↑↓-In-/Extubation, (-)Freigabe, Ø-Schnitt/Naht																					
PVK		<input type="checkbox"/> SaO2 <input type="checkbox"/> EtCO2 <input type="checkbox"/> AMV / <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> Pin / <input type="checkbox"/> PEEP																		<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Shald <input type="checkbox"/> jug. int <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> subc <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> liegt Lumen: _____ <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Sono	
<input type="checkbox"/> 1 _____ <input type="checkbox"/> 2 _____																					
Arterie		Freitext																		Uhr   Hb FiO2   Hct pH   Na pCO2   K pO2   Gluc HCO3   Lac BE	
<input type="checkbox"/> rad <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> liegt <input type="checkbox"/> Sono																				Datum, Name, Unterschrift	