

Narkosevoruntersuchung

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Operateur/Zahnarzt: _____

Geplanter operativer bzw. zahnärztlicher Eingriff: _____

OP-Termin: _____

Vor der Operation nehmen Sie bitte **unbedingt** den Kontakt zu Ihrem Haus- oder Kinderarzt auf!

Operationsvorbereitung wie **Labor, EKG, Röntgen, Lungenfunktion usw.** ist nach Ermessen des **Haus-** bzw. **Kinderarztes** oder **Operateurs** zu gestalten.

Bei **zahnärztlichen Eingriffen** bitten wir um eine **Überweisung zur Anästhesie!**

Die Befunde können Sie uns per Mail, Fax oder Brief zusenden oder zum Narkosevorgespräch mitgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

PRAXISKLINIK DORNBERG

Wertherstraße 266 – 268
33619 Bielefeld

TEL 0521 - 91 14 90
FAX 0521 - 91 14 91 9
E-MAIL info@praxisklinik-dornberg.de
WEB www.praxisklinik-dornberg.de

Ahmser Str. 1
32052 Herford

TEL 05221 - 34 27 14 4
FAX 05221 - 34 27 14 5
FON 05221 - 34 27 14 3 (Fon der Substitution)
E-MAIL info@praxisklinik-dornberg.de