

# NARKOSEFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Name der/des Patientin/Patienten : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

## **Bescheinigung der Narkosefähigkeit :**

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person nach eingehender Untersuchung keine medizinischen Gegenanzeigen gegen eine Allgemein- oder Regionalanästhesie aufweist. Die Narkosefähigkeit wurde nach den aktuellen medizinischen Standards geprüft und bestätigt.

## **Untersuchungsdetails :**

Die Untersuchung umfasste eine ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung sowie die Bewertung relevanter Laborwerte und kardiovaskulärer Parameter. Es wurden keine Hinweise auf erhöhte Risiken bei einer Anästhesie festgestellt.

## **Besondere Hinweise / Auflagen :**

Keine bekannten Allergien gegen Anästhetika oder Begleitmedikamente. Keine Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten, die eine Regionalanästhesie kontraindizieren. Im Zweifelsfall sollte eine weiterführende kardiologische Abklärung erfolgen.

**Datum der Untersuchung :** \_\_\_\_\_

**Name und Unterschrift des Arztes / der Ärztin :** \_\_\_\_\_

**Datum**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://vorlagenfy.com/narkosefahigkeit-bescheinigung-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://vorlagenfy.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.