

Der / die Pat.: _____

_____, geb.: _____._____._____

hat am _____._____._____ eine Intubations-

vollnarkose mit Tubus _____

und Medikamenten : Atropin, Propofol,

Ultiva, Sufenta, Paracetamol

erhalten. Dabei traten folgende
Besonderheiten auf:

Der / die Pat.: _____

_____, geb.: _____._____._____

hat am _____._____._____ eine Intubations-

vollnarkose mit Tubus _____

und Medikamenten Atropin, Propofol,

Sufenta, Ultiva, Paracetamol

erhalten. Dabei traten folgende
Besonderheiten auf:

Bei Schwellung oder Schmerzen bitte

_____ mg Paracetamol / _____

um _____ und evt. _____ Uhr.



*Facharzt für Anästhesiologie,
Intensiv- und Rettungsmedizin*

Bei Schwellung oder Schmerzen bitte

_____ mg Paracetamol / _____

um _____ und evt. _____ Uhr.



*Facharzt für Anästhesiologie,
Intensiv- und Rettungsmedizin*

Anästhesiepass



*Facharzt für Anästhesiologie,
Intensiv- und Rettungsmedizin*

Anästhesiepass



*Facharzt für Anästhesiologie,
Intensiv- und Rettungsmedizin*