



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Da bei Ihnen eine Operation geplant ist und wir Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes optimal betreuen möchten, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

- Bitte füllen Sie die umseitige Medikamentenliste aus.**
Bitte bringen Sie alle Medikamente die Sie dauernd und regelmäßig einnehmen müssen (auch Schlafmittel und Hormone!) **zur Aufnahme mit und geben Sie diese bei der Vorbesprechung bekannt.**
- Wenn Sie eines der folgenden Medikamente einnehmen müssen, sprechen Sie bitte darüber mit dem Narkosearzt und dem Internisten: **Thrombo ASS, Herzschutz ASS, Aspirin, Plavix, Clopidogrel, Efient**
Sie sollten dieses Medikament a) weiternehmen
b) pausieren, d.h. am _____ zum letzten Mal einnehmen.
- Wenn Sie **SINTROM, MARCOURMAR, XARELTO oder PRADAXA** einnehmen, sprechen Sie bitte mit Ihrem Hausarzt / Internisten / Narkosearzt, Sie müssen diese Medikamente vor der Operation absetzen,
das heißt die **letzte** Tablette am _____ einnehmen
und durch eine **Heparinspritze ersetzen** (Empfehlung: Fragmin 1 x 5000 IE oder Lovenox 1 x 40 mg **abends**) ab _____.
Diese Injektion können Sie nach Einschulung durch die Krankenschwester / Ordinationsgehilfin / Arzt selbst verabreichen.
- Unbedenklich** sind alle Schmerz- und Rheumamittel die Ihnen vom Ambulanzzarzt verordnet wurden, sowie folgende Schmerzmittel:

Voltaren	Parkemed	Deflamat
Diclofenac	Xefo	Tramal
Tramabene	Mexalen	Codidol
- Bei Unklarheiten und Fragen** bezüglich dieser und anderer Medikamente wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt / Hausarzt / Narkosearzt oder Internisten bei der Voruntersuchung.

Mit bestem Dank für Ihre Mithilfe

OA Dr. Kirchner, Internist



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte notieren Sie alle Medikamente, auch Medikamente, die Sie nicht täglich einnehmen.

Bitte geben Sie die Medikamentenliste dem Arzt, der Sie in der Erstuntersuchung oder in der Anästhesieambulanz betreut.

Wir haben nicht immer alle Medikamente vorrätig. Bringen Sie bitte für die ersten Tage ihre Medikamente mit.

Ihr Name: _____

Datum: _____

Name des Medikamentes	Tablette /Kapsel Stärke (mg)	Tropfen Anzahl	Morgens	Mittags	Abends	Spät	Andere Einnahme	wogegen nehmen Sie das Medikament?	Nur vom Arzt auszufüllen
									P ab = Pause ab ... P bis = Pause bis ... w = weiter
Wenn Sie von Ihrem Hausarzt bereits eine aktuelle Medikamentenliste haben, bringen Sie uns diese bitte mit. Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt?									Arzt Handzeichen/ Unterschrift

Wir wünschen Ihnen Alles Gute!