



OP Anmeldung

Praxis:

Operateur: _____

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Krankenkasse: _____

Wichtig: _____

Diagnose: _____

ICD 10: _____

geplante Operation: _____

OPS: _____

OP Tag: _____

OP Zeit: _____

OP Dauer (Schnitt-Naht): _____

Anästhesie durch: _____ **Anästhesist:** _____ **Operateur:** _____

Art der Narkose: _____

Lagerung: Rücken: ___ Bauch: ___ Seite: ___ Andere: _____

benötigt: Bildwandler: ___ Laser: ___ Andere: _____

Ambulant: _____ **Stationär:** _____ **Tagesstationär:** _____

Aufnahme - Datum (bei stat. OP): _____

Stat. Aufenthalt voraussichtlich: _____ Tage von _____ bis _____