

Operationsanmeldung (DE)

Name Operateur*in _____

Patient*innendaten / Etikette _____

(Bei Kindern auch Vorname der Eltern) _____

OP Termin _____

Gesetzliche und/oder Private KV _____

Versicherungs-Nummern _____

stationär ambulant

Versicherungsklasse Privat 1 Bett Privat 2 Bett Allgemein

Hospitalisationsdauer ca. _____ Tage (inkl. Eintrittstag)

Diagnose inkl. ICD-10-Code _____

Operation: _____

Operationsdauer ca. _____ Minuten

Präoperative Abklärungen durch Hausarzt*in in Praxis

Hausarzt*in _____

Anästhesie Narkose _____

Thromboembolie-Prophylaxe nein ja _____

Antibiotika-Prophylaxe nein ja _____

Blutbedarf nein ja _____

Assistenz erwünscht nein ja _____

Stat. Physiotherapie nein ja, ab _____

Besonderes _____

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel