



Operationsanmeldung (CH)

Name Operateur*in: _____

Patient*innendaten / Etiketle: _____
(Bei Kindern auch Vorname der Eltern)

OP Termin: _____

Krankenkasse/Zusatzversicherung: _____

Versicherungs-Nummern: _____

stationär ambulant Selbstzahler*in _____
(Betrag)

Versicherungsklasse: 1. Kl. 2. Kl. 3. Kl. inkl. Zusatz ganze CH

Hospitalisationsdauer: ca. _____ min.

Diagnose inkl. ICD-10-Code: _____

Operation: _____

Operationsdauer: _____

Präoperative Abklärungen: durch Hausarzt/-ärztin in Praxis

Hausarzt/-ärztin: _____

Anästhesie: Narkose _____

Thromboembolie-Prophylaxe: nein ja _____

Antibiotika-Prophylaxe: nein ja _____

Blutbedarf: nein ja _____

Assistenz erwünscht: nein ja _____

Stat. Physiotherapie: nein ja, ab _____

Besonderes: _____

Datum

Unterschrift/ Stempel