



## Operationsanmeldung (De)

Name Operateur\*in: \_\_\_\_\_

Patient\*innendaten / Etiketle:  
*(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. \_\_\_\_\_ min.

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: