

Angaben zum Anmelder

Name:
 Adresse:
 Telefon:

Angaben zum Patient

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geschlecht: Weiblich Männlich
 PLZ/Wohnort: _____ / _____
 Strasse und Nr: _____
 Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____
 Versicherung: _____ Klasse: _____
 Unfall/Krankheit: _____
 HA-Abkl. nötig: _____

Angaben zur Operation

Klinik:

Eintritt: Ambulant Stationär-Vortrag Stationär-SDS

Geplanter Eingriff:

Nebeneingriffe:

Lokalisation:

Diagnosen:

Eintrittsdatum/zeit: _____ / _____ Aufenthalt: _____ Tage

Eintrittsort:

Operateur:

Lagerung:

Geräte/Instrumente:

Geplante OP-Dauer: _____ Minuten Schnellschnitt:

Anästhesie-Art: _____ Anä.-sprechstunde notwendig:

Anmerkungen:

Datum/Unterschrift: