



Anmeldung Operation

Angaben Ärztin/Arzt

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Angaben Patientin/Patient

Vorname/Nachname	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Geplanter Eingriff & geplanter Operationstermin

Eingriff	<input type="text"/>				
Eintrittsdatum	<input type="text"/>	Eintrittszeit	<input type="text"/>	Schnittzeit	<input type="text"/>
Dauer OP	<input type="text"/>	Dauer Aufenthalt	<input type="text"/>		
Lagerungsart	<input type="text"/>				

Material

Werden für den Eingriff spezielle/s Material/Medikamente benötigt? Bitte notieren Sie diese sowie die Anzahl

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Besonderes

Spezielle internistische-medizinische Risikofaktoren / Bemerkungen / Wünsche

<input type="text"/>

Anästhesiegespräch

Ist ein persönliches präoperatives Anästhesiegespräch erwünscht?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann?	<input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	-------	----------------------

Falls ja, auf welche Art und Weise?

<input type="checkbox"/> Persönlich vor Ort	<input type="checkbox"/> Telefonisch
---------------------------------------------	--------------------------------------

Datum	<input type="text"/>	Stempel / Name und Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	---------------------------------	----------------------