

Anmeldung Operation

Angaben Ärztin/Arzt

Vorname	Nachname
Strasse	PLZ/Ort
Telefonnummer	E-Mail

Angaben Patientin/Patient

Vorname		Nachname
Geschlecht	Geburtsdatum	Tel.
Strasse		PLZ/Ort

Geplanter Eingriff & geplanter Operationstermin

Eingriff

Eintrittsdatum	Eintrittszeit	Schnittzeit
Dauer OP		Dauer Aufenthalt
Lagerungsart		Allergien?

Material

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

Besonderes

Spezielle internistische-medizinische Risikofaktoren/Bemerkungen/Wünsche

Anästhesiegespräch

Ist ein persönliches präoperatives Anästhesiegespräch erwünscht?

Nein Ja Wann?

Falls ja, auf welche Art und Weise?

Datum

Stempel / Name und Unterschrift