**Op-Anmeldung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  stationär | [ ]  ambulant | [ ]  amb/stationär | [ ]  2 d präop. stationär |
| Versicherung | [ ]  allgemein | [ ]  halbprivat | [ ]  privat |
| Operateur |  [ ]  Arzt |  [ ]  Chefarzt |  |
| Assistenz  |  [ ]  Ass |  [ ]  Chefarzt |  |
| OP-Dauer (Min.)  |
| Zyklusabhängig | [ ]  Ja [ ]  nein | Aufklärung [ ]  erfolgt Datum: |
|  **Diagnose:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Haupteigriff:** | **Nebeneigriff:** |

 **Spezielle Instrumente, Geräte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Implantate:** | [ ]  keine | [ ]  welche |
| **Antibiotika Prophylaxe:** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Kefzol 2g i. v.** | [ ]  ja | [ ]  andere |
| **Spezielle Lagerung** | [ ]  ja | [ ]  nein |

 | **OP Seite** [ ]  bds [ ]  li [ ]  re[ ]  Median [ ]  andere |
|  **Röntgen Verordnung** **Aktuelle RX-Bilder**[ ]  Ja [ ]  nein[ ]  werden organisiert[ ]  Mammographie[ ]  Sentinel Node[ ]  Sonographische Markierung durch Radiologie[ ]  Sonographische Markierung durch Senologie[ ]  Mammographische Markierung durch Radiologie[ ]  MR-Markierung durch Radiologie | **Gerinnungshemmende** **Medikamente**[ ]  Aspirin[ ]  Marcoumar[ ]  Andere[ ]  7 Tage vor OP stoppen[ ]  10 Tage vor OP stoppen[ ]  Nein[ ]  Procedere[ ]  Nein Fragmin-Spritze | **Spezielles** **Pacemaker**[ ]  keine [ ]  ja [ ]  ICD**Testblut** [ ]  ja [ ]  nein**Relevante Allergien**[ ]  Ja [ ]  nein[ ]  Pflasterallergie[ ]  Latexallergie[ ]  Iodallergie[ ]  Antibiotikaallergie[ ]  Andere……… |
|  **Zusätzliche Disziplinen**[ ]  Chirurg [ ]  Urologe[ ]  Pädiater[ ]  Andere……[ ]  FKL organisiert | **Isolation** [ ]  Ja [ ]  nein**Dringlichkeit**[ ]  OP geplant:[ ]  **Aufenthaltsdauer** | **Bemerkungen:** |
|  **Kostengutsprache** **Unfall /Folgen** **Verletzung /Militär**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein **TB oder TB Verdacht**[ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein | **Lähmung mit Datum** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[ ]  ja [ ]  nein **IV/GG Nr**.[ ]  ja [ ]  nein **Berufskrankheit** [ ]  ja [ ]  nein  | [ ]  **Zuweiser:**[ ]  **FKL organisiert** |
|  **Informationen Angehörige nach OP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  **Lebenspartner/in** | [ ]  **Sohn/Tochter** | [ ]  **Eltern** | [ ]  **Sonstiges** | **Datum:** |
| Telefon-Nr. / Name |

 |