**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**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……[ ]  NFKL 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** |
|  |  | **Datum:** |