**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:** |