

Patientenanmeldung zur OP

Dieses Dokument bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

An die Aufnahmekanzlei der WPK Fax: 01/40180/7723

Daten des Patienten:	Diverse Untersuchungen:
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich Geb. Datum: Vorname: Familienname: <input type="radio"/> Mehrbett <input type="radio"/> Zusatzversichert <input type="radio"/> Einbett <input type="radio"/> Selbstzahler Aufnahmediagnose: Geplanter Eingriff: Operateur: Anästhesist: Aufnahmedatum: Gepl. Aufenthalt: OP Datum: OP Gruppe: OP Beginn: OP Dauer: OP Vorbereitung/Darmvorbereitung: Nüchern ab: Ery-Konserven:	<input type="radio"/> Labor <input type="radio"/> Röntgen <input type="radio"/> int. Freigabe <input type="radio"/> Konsilar <input type="radio"/> Physiotherapie <input type="radio"/> sonstiges Daten für das OP Team: <input type="radio"/> Bildwandler <input type="radio"/> Mikroskop <input type="radio"/> endoskop. Eingriff <input type="radio"/> Gefrierschnitt/Labor Instrumente: Implantate: Bereitstellung durch WPK: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Anästhesie in: <input type="radio"/> ITN <input type="radio"/> Spinale <input type="radio"/> LA

Name des Belegarztes (Blockbuchstaben)/Unterschrift Belegarzt Datum: