

Patientenanmeldung OP

Dieses Dokument bitte **DIGITAL** ausfüllen und an die Aufnahme der WPK übermitteln
E-Mail: aufnahme@wpk.at oder Fax: +43 1 40180 DW 7723



Belegärztin/Belegarzt: _____
Namen einfügen

PatientInnendaten

Nachname: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ E-Mail Adresse: _____
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Handynummer: _____

Aufnahme Daten (Uhrzeit: wenn nicht anders angegeben fixieren wir als Aufnahmezeit 3 Stunden vor OP-Beginn)

Aufnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____ ☐ ambulant ☐ stationär Dauer (Tage): _____
☐ Einbett ☐ Mehrbett Öst.-Sozialversicherung: ☐ Ja ☐ Nein
Öst.Zusatzversicherung / Cigna / Allianz Worldwide: ☐ Ja ☐ Nein Selbstzahler: ☐ Ja ☐ Nein
ICD Code: _____ Aufnahmediagnose: _____

OP Daten

Geplanter Eingriff: _____ MEL-Code: _____

OP-Datum _____ Uhrzeit Einschleusen: _____ OP-Dauer (inkl. Ausschleusen) in min: _____

Operateur: _____ Assistenz: _____
Namen hinzufügen Namen hinzufügen

sonst. anw. Pers. bei OP: _____
Namen hinzufügen

☐ Hausanästhesie ☐ Eigene Anästhesie (muss durch Beleger organisiert werden) _____
Namen hinzufügen

OP-Gruppe: _____ OP Vorbereitung/Darmvorbereitung: _____

Nüchtern ab: _____ Ery-Konserven: _____

Untersuchungen:

Labor: _____

Röntgen: ☐ Cor/pulmonale

sonstiges: _____

int. Freigabe durch: _____

Konsiliar durch: _____

Physiotherapie: _____

Daten für das OP Team

☐ Bildwandler ☐ Mikroskop

☐ Athro Turm ☐ LAP-Turm ☐ Da-Vinci

Organisation Gefrierschnitt durch ☐ WPK ☐ Operateur
gewünschtes Institut: _____ vorauss. Uhrzeit: _____

Spezielle Instrumente: _____

Implantate mit Firmenname: _____

Organisation Implantate durch WPK: ☐ JA ☐ NEIN

Anästhesie: ☐ ITN ☐ Spinale ☐ Regional ☐ Lokal

Nr.	Dokumentenart	Revision	Gültig ab	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Adaptiert von:
418FB	Formblatt	H	05 12 2023	VD	VD	VD	VD