

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/Darmpvorbereitung: _____

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: _____ voraus. 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