

# Patientenanmeldung OP

Dieses Dokument bitte **DIGITAL** ausfüllen und an die Aufnahme der WPK übermitteln  
E-Mail: [aufnahme@wpk.at](mailto: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: \_\_\_\_\_ 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

## Patientenanmeldung OP

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



### **Zusätzliche Geräte für Eingriffe:**

- Zahnbohrer       Neuro Fräse       Laser       Cellsaver       Elektrische Beinhalter  
 Neuromonitor       Trimano       HNO Shaver       HNO Navi

Lagerung: \_\_\_\_\_

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