

OP-Anmeldung Belegärztinnen und Belegärzte

Angaben Patientin / Patient

Name Vorname
 Geburtsdatum M W
 Adresse
 PLZ Ort
 Tel. Privat Mobile Tel. Geschäft
 E-Mail
 Krankheit Unfall
 Versicherung/Sektion Versicherten-Nummer

OP-Angaben

Diagnose
 Operation
 Operateur
 OP-Assistenz OA AA cand. med.
 Seite Rechts Links Beidseits
 OP-Datum OP-Dauer
 Bemerkungen

Patientendisposition

Eintritt Stationär Ambulant
 Vortag 10 Uhr 13.15 Uhr 16.30 Uhr (vorausgesetzt Patient/in war in der präoperativen Sprechstunde)
 OP-Tag (nüchtern)
 Versicherungsklasse Allgemein P2 P1
 Zusatzangebote A1 (Zimmer zur Alleinbenutzung) A2 (Zimmer zur 2er-Benutzung) HP (Zimmer zur Alleinbenutzung)
 Aufenthaltsdauer Tage
 Antikoagulation Marcoumar Aspirin Plavix Efient Brilique Xarelto
 Pradaxa Niedermolekulares Heparin
 Stop Tage vor Eintritt
 Bemerkungen

Präoperative Abklärungen

Hausarzt (Labor, EKG, Rx)
 Präoperative Sprechstunde am
 Wurde bei der letzten Hospitalisation prämediziert

Labor Hämat 2/ Quick/ INR CRP Na, K, Krea, BZ
 Albumin, ALAT, ASAT, Alk. Phosphatase, Y-GT, Bilirubin
 Type&Screen Urinstatus/Urikult
 Andere
 Röntgen: Thorax Andere
 Spezialuntersuchung
 EKG Spezielles

OP-Aufklärung erfolgt (bitte mitsenden) nicht erfolgt

Name

Vorname

Patientenberatung

- Stationäre Reha Ambulante Reha Kur

Bemerkungen

Abteilung

- Nach Schema
 Fragmin 2500 E 5000 E
 Xarelto
 Andere
 Type & Screen
 Abführen 1 Clyssie 2 Clyssie Vollständig
 Spezielles

OP-Disposition

- Lagerung RL SSL Beachchair
 BL beide Arme anliegend
 Arm ausgelagert Rechts Links
 Seitenlage Rechts Links
 Halbseitenlage Rechts Links
 Beine gespreizt Kopfschale Trimano
 Speziallagerung:
 Rotex Legholder Rx Elektr. Legholder

- Antibiotika Zinacef Metronidazole Bactrim (2 Amp.)
 Andere

- Spezielles
- | | | |
|--|--|---|
| <p>Lagerung</p> <p>Blutsperre <input type="checkbox"/> steril
 <input type="checkbox"/> unsteril</p> <p><input type="checkbox"/> Armtisch
 <input type="checkbox"/> Kompressionssystem
 <input type="checkbox"/> DK
 <input type="checkbox"/> Zystofix</p> <p>OP-Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhler
 <input type="checkbox"/> Ultraschall
 <input type="checkbox"/> Schnellschnitt
 <input type="checkbox"/> BV
 <input type="checkbox"/> CO₂-Laser
 <input type="checkbox"/> Harmonicschere
 <input type="checkbox"/> Thunderbeat
 <input type="checkbox"/> Ligasure
 <input type="checkbox"/> Beamer</p> | <p><input type="checkbox"/> Leihinstrumente bestellt
 <input type="checkbox"/> 3D
 <input type="checkbox"/> Neuromonitoring
 <input type="checkbox"/> Rumi
 <input type="checkbox"/> Morcellator
 <input type="checkbox"/> Keckstein
 <input type="checkbox"/> Zeppelin
 <input type="checkbox"/> Sentimag
 <input type="checkbox"/> Gammasonde
 <input type="checkbox"/> Präparate-radiografie
 <input type="checkbox"/> Mikroskop
 <input type="checkbox"/> Turm
 <input type="checkbox"/> _____</p> | <p>Anästhesie</p> <p><input type="checkbox"/> Magenschlauch
 <input type="checkbox"/> Magensonde
 <input type="checkbox"/> LA / MAC
 <input type="checkbox"/> LA
 <input type="checkbox"/> Plexus
 <input type="checkbox"/> iv-Block
 <input type="checkbox"/> Regionalanästhesie
 <input type="checkbox"/> Recurrensmonitoring
 <input type="checkbox"/> postop IPS
 <input type="checkbox"/> Obturatoriusblock
 <input type="checkbox"/> Rechts
 <input type="checkbox"/> Links
 <input type="checkbox"/> Interscalenus-Katheter
 <input type="checkbox"/> Interscalenus-Block
 <input type="checkbox"/> _____</p> |
|--|--|---|

Allergien
 Isolation / Schutzmassnahmen
 Cave
 Diverses / Implantate

Name/Vorname Arzt:

Datum: