

Anmeldung Operation

Angaben zum Patienten

Name Strasse

Vorname PLZ/Ort

Geburtsdatum w* m* Tel. Privat/Mobil

Arbeitgeber/in

* Erfragung des biologischen Geschlechts, da dieses für Diagnose und Behandlung relevant sein kann.

Angaben zur Anmeldung

Eintrittsdatum Eintrittszeit Anz. Spittage

Aufenthaltsart Klasse Anmeldeform

Krankenkasse Art Fachbereich

andere

Operation

Diagnose(n) ICD CODE

Operation(en) CHOP CODE

Nebendiagnosen

Medikamente
(ASS/Antikoagulation)

Allergien → Wenn ja, welche Allergien

Datum OP → Dauer OP
(in Minuten)

Assistenz → Wenn ja, Name Ärztin/Arzt

Lagerung → Seitenangabe

Implantate → Wenn ja, Angabe

Abklärung

Labor → EKG

EC / Blutprodukt

Präop. Antibiotika → Wenn ja, Angabe

Anmerkungen

Beh. Arzt/Ärztin → Datum

Hausarzt/-ärztin

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an:
op-anmeldung@landesspital.li und anmeldung@landesspital.li.