

# 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  
(Wunschdatum)

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](mailto:op-anmeldung@landesspital.li) und [anmeldung@landesspital.li](mailto:anmeldung@landesspital.li).