

# Belegärztinnen und Belegärzte - Eintritt, OP-Anmeldung

## Patientin / Patient

Vorname: .....  
Name: .....  
Strasse, Nr.: .....  
PLZ, Ort: .....  
Krankenkasse: .....  
 allgemein  hp  p  Selbstzahler/-in

Geschlecht:  weiblich  männlich  
Geburtsdatum: .....  
Telefon privat: .....  
Telefon geschäftlich: .....  
Telefon mobil: .....  
E-Mail: .....

## Belegärztin / Belegarzt (BA)

Vorname: .....  
Name: .....  
Strasse, Nr.: .....  
Ort: .....  
Telefon: .....

## Hausärztin / Hausarzt

Vorname: .....  
Name: .....  
Strasse, Nr.: .....  
Ort: .....  
Telefon: .....

## Diagnose, Medikamente, Eingriff

**Diagnose:** .....  
**Medikamente:** .....  
**Allergien:** .....  
**Voroperationen:** .....

**Nebendiagnose:** .....  
**Dosierung:** .....  
**Noxen:** .....

**Geplanter Eingriff:** .....  rechts  links

Tägliche Visiten:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Pflegerische Fragen:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Austrittsuntersuch-/Nierensono postop:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Tumorboardanmeldung:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Vorstellung Tumorboard:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Tumorboard-/Histologiebesprechung:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG
Nachkontrolle:	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> Team DGG

Eintrittsdatum: .....  
OP-Datum: .....  
geplante OP-Dauer: .....  
Operateur/-in:  BA  Team DGG  
Assistenz:  BA  Team DGG  
Anzahl Assistenten/-innen: .....  
geplante Hospitalisationsdauer: .....  
ICD-10-Code: .....

## Spezielles präoperativ

Labor präoperativ:  ja  nein  
Wenn ja, welche Werte: .....  
Blutkonserven testen:  ja  nein  
Anzahl: .....  
Type + Screen:  ja  nein

Blutungsprophylaxe: Cyklokapron  ja  nein  
Blutverdünnende Medikamente:  ja  nein  
Pausiert seit: .....  
Antibiose intraop.: Cerfuroxim 1.5g/iv.  ja  nein

## Spezielles im OP

Lagerung: .....  
Instrumente: .....

Implantate: .....  
Rea-Status:  ja  nein

**Kopie:**  OP-Aufklärung (obligat)

Sozialberatung:  ja  nein  
Kur/Reha:  ja  nein

Datum: .....  
Visum Ärztin/Arzt: .....

## Sonstiges

.....  
.....