



Angaben zum Anmelder

Name:
 Adresse:
 Telefon:

Angaben zum Patient

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: Weiblich Männlich

PLZ/Wohnort: /

Strasse und Nr:

Telefon Festnetz: Mobil:

Versicherung: Klasse:

Unfall/Krankheit:

HA-Abkl. nötig:

Angaben zur Operation

Klinik:

Eintritt: Ambulant Stationär-Vortrag Stationär-SDS

Geplanter Eingriff:	<input style="width: 580px; height: 30px;" type="text"/>
Nebeneingriffe:	<input style="width: 580px; height: 30px;" type="text"/>
Lokalisation:	<input style="width: 580px; height: 30px;" type="text"/>
Diagnosen:	<input style="width: 580px; height: 30px;" type="text"/>

Eintrittsdatum/zeit: / Aufenthalt: Tage

Eintrittsort:

Operateur:

Lagerung:

Geräte/Instrumente:

Geplante OP-Dauer: Minuten Schnellschnitt:

Anästhesie-Art: Anä.-sprechstunde notwendig:

Anmerkungen:

Datum/Unterschrift: