

Bitte füllen Sie unbedingt **alle** Felder des Formulars **vollständig und gut leserlich** aus!

Belegarzt:Belegärztin:

OP-Planung: T +43 1 40111-9530, -9334 oder -9333

E-Mail: anmeldung@pkcgk.at

Patientendaten

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht (kg): _____ Tel.-Nr.: _____

Straße: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Aufnahme

Geplante Aufnahme:

Aufnahmediagnose:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Zusatzversicherung Selbstzahler Voraussichtliche Aufenthaltsdauer in Nächten: _____

Einbett gewünscht (nur nach Verfügbarkeit möglich) ohne Bett Begleitperson(en), Anzahl: _____

Allergien: _____

Bes. Hygienemaßnahmen für OP/Station: _____

Untersuchungen

Labor wird mitgebracht vom Haus Schema: _____

Interne Freigabe wird mitgebracht vom Haus Arzt: _____

Blutkonserven nein ja, Anzahl: _____

EKG CT MR US PET-Scan Markierung Röntgen Sonstiges: _____

Operation

OP-Beschreibung:

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Voraussichtliche OP-Dauer: _____

OP Seite: rechts links Blutsperr/Leere

GEFRIERSCHNITT: nein ja **Labor:** _____

Für den Eingriff speziell erforderliche Ausrüstung/Geräte:

Bildwandler Mikroskop Lagerung: _____ Gerätebedarf: _____

ASK Turm LSK Turm Benötigte Implantate: _____

Cell-Saver Spezielles Instrumentarium/Firma: _____

Anästhesist:in: vom Haus wird mitgebracht, Name: _____ lokal Narkose

Assistenz(en): vom Haus wird mitgebracht, Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____