

Anmeldeformular Gyn OP

MJ/QM/20181031

Ärztin/Arzt: OP/Bettenplanung Fax: +43 1 40 111 - 9335

Patientendaten

Familienname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	Begleitep. <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Tel. Nr.*: <input type="text"/>	

Aufnahme

Geplante Aufnahme: Datum: Bitte auswählen <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Einbett gewünscht (nur nach Verfügbarkeit möglich)	Aufnahmediagnose: <input type="text"/>
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer in Tagen: <input type="text"/>	

Operation

Geplante Operation: <input type="text"/> Datum: Bitte auswählen <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/> Gefrierschnitt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Voraussichtliche OP-Dauer: <input type="text"/>
Für den Eingriff speziell erforderliche Ausrüstung / Geräte: <input type="checkbox"/> LSK <input type="checkbox"/> HSK diagnostisch <input type="checkbox"/> operativ <input type="checkbox"/> Resektoskop monopolar <input type="checkbox"/> bipolar <input type="checkbox"/> US	
Narkose: <input type="checkbox"/> vom Haus <input type="checkbox"/> wird mitgebracht, Name Dr. <input type="text"/>	
Assistenz(en): <input type="checkbox"/> vom Haus Anzahl: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> wird mitgebracht Anzahl: <input type="text"/>	
Interne Freigabe: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vom Haus <input type="checkbox"/> wird mitgebracht
Röntgen/ Labor: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vom Haus <input type="checkbox"/> wird mitgebracht
Prä-OP Blute routinemäßig	

Datum: Bitte auswählen **Unterschrift:**

***Sehr geehrte Belegärztin, sehr geehrter Belegarzt,**

Um mit Ihrer/Ihrem PatientIn eine optimale Aufnahmezeit sowie bei Einbettzimmerwunsch die Kapazität abklären zu können, erlauben wir uns, Ihre/Ihren PatientIn telefonisch zu kontaktieren. Wir bitten Sie, aus diesen Gründen die Telefonnummer Ihrer/Ihres PatientIn anzugeben.