

CHECKLISTE AMBULANTE OPERATIONEN

PATIENTEN-DATEN (ETIKETT ODER AUSFÜLLEN)

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Fallnummer:

WIR BITTEN UM VORLAGE FOLGENDER DOKUMENTE UND BEFUNDE:

DIAGNOSTIK		REZEPTE	
Einweisungsschein		Rezepte für Medikamente:	
Blutbild		Ibuprofen	
Na, K, Crea		Metamizol	
Quick, PTT		Paracetamol	
Blutgruppe		Pantoprazol	
		Niedermolekulares Heparin (NMH)	
Röntgenbilder		Rezepte für Hilfsmittel:	
Thorax a.p.		Bauchbandage	
EKG		Anti-Thrombosestrümpfe	
Medikamentenplan*			
sonstige Vorbefunde			

* Antikoagulantien, Biguanide, MAO-Hemmer

geplante OP-Methode	
geplantes Narkoseverfahren	

OP-Datum	
prästationäre Untersuchung in der NFA gewünscht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
häusliche Versorgung besprochen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>