

OP-Anmeldung Dermatologie

**Bitte ggf. faxen
0234/509 3445**

Anmeldender: _____

Name: _____

Vorname: _____

amb. stat.

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ / _____

Anmeldung für:

Zentral/Derm-OP Stations-OP Ambulanz-OP

Art der OP _____:

Diagnose: _____

OP gewünscht in:

LA ITN Leitungs, spinaler Anaesthesie

OP-Dauer geplant: _____ Stunden _____ Minuten

gewünschter OP-Termin:

Station:

12 13 14 andere:_____ Zimmernummer:_____

Labor unauffällig: ja nein

derzeitige Medikamente nein ja

Risiken (anamnestisch) nein ja

Bemerkungen:

Anmeldung durch Dr.:_____

am:_____
