

**OP Anmeldung ITK**

**ZOP\_FM\_XXX**

Zentral-OP

Version 02, gültig ab: 01/2025

freigegeben von: ÄD

Meldung per verschlüsselter E-Mail bitte an: [op-anmeldung@waidhofen-thaya.lknoe.at](mailto:op-anmeldung@waidhofen-thaya.lknoe.at)

Rückfragen Mo-Fr 08:00 Uhr - 12:00 Uhr

Sek. Tagesklinik +43 2842 9004 13222

**Patientendaten:**

Vorname:			
Nachname:			
Geschlecht:			
SV-Nummer:		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	
Telefonnummer:		<input type="checkbox"/> Sonderklasse	
Hauptwohnsitz Adresse:			
PLZ:		Ort:	
Staat:			
<b>Zuweiser:</b>	Fach:	Name:	<input type="checkbox"/> IPSE
		Adresse:	
		PLZ:	Ort:

**OP-Anmeldung Allgemein:**

Präoperative Diagnose:			
Therapie:			
Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Neutral
Allergie:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> vorhanden, welche:	
Schrittmacher:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Gerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Anästhesie:	<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> mit Anästhesie	
Zusatzinformationen:			
Infektion:		<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> nicht erfasst
perioperative Antibiotikaprophylaxe:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lagerung:			
Bildwandler:		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

**vom LK Waidhofen/Thaya zu befüllen:**

OP Datum:		<input type="checkbox"/> OP mpa
Voruntersuchungsdatum:		<input type="checkbox"/> VU mpa
Telefonat mit Patient (TT.MM.JJJJ):		<input type="checkbox"/> MCC
Leihinstrumente:		

Die Gültigkeit der Dokumenten-Version ist nur innerhalb des Dokumenten-Lenkungssystems gesichert. | Druckdatum: