



\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

### Checkliste für ambulante Operation (Dienstag)

*Einen Tag vorher zu beachten!*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie - Überweisung ausgedruckt                                | <input type="checkbox"/> Anästhesiebogen (Gelb) vorbereitet           |
| <input type="checkbox"/> OP-Einwilligung liegt ausgefüllt vor                                | <input type="checkbox"/> MRT-/Röntgenbilder vorbereitet (falls nötig) |
| <input type="checkbox"/> OP-Termin im OP-Buch eingetragen                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Patient nimmt blutverdünnende Medikamente,<br>wenn JA welche: _____ |   |

*Am OP-Tag zu beachten!*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chipkarte vorhanden  | <input type="checkbox"/> EKG vorhanden                                | <input type="checkbox"/> Labor vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Sicherungsaufklärung ausgefüllt, vorhanden                       | <input type="checkbox"/> Anästhesie-Fragebogen ausgefüllt, vorhanden  |  |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel vorbereitet  | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorbereitet |  |
| <input type="checkbox"/> Patient wird abgeholt von <input type="checkbox"/> Begleitperson | <input type="checkbox"/> Taxi _____                                   |  |

\_\_\_\_\_  
*Sonstige Anmerkungen*

### Checkliste für stationäre Operation (Mittwoch)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OP-Anmeldung gefaxt   | <input type="checkbox"/> Anästhesie-Überweisung gedruckt              |
| <input type="checkbox"/> OP-Termin im OP-Buch eingetragen                                    | <input type="checkbox"/> OP-Einwilligung liegt ausgefüllt vor         |
| <input type="checkbox"/> Sicherungsaufklärung liegt ausgefüllt vor                           | <input type="checkbox"/> Anästhesie-Fragebogen liegt ausgefüllt vor   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel vorbereitet   | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gedruckt    |
| <input type="checkbox"/> MRT-/Röntgenbilder vorbereitet (falls nötig)                        | <input type="checkbox"/> Sind Implantate und/oder Instrumente besorgt |
| <input type="checkbox"/> Patient nimmt blutverdünnende Medikamente,<br>wenn JA welche: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Rezepte gedruckt,<br>wenn JA welche: _____                          |   |
| <input type="checkbox"/> Müssen Hilfsmittel mitgenommen werden<br>wenn JA welche: _____      |   |

\_\_\_\_\_  
*Sonstige Anmerkungen*