



Department Chirurgie

Praxis/Klinik:

**Klinik für Urologie mit Hochschulambulanz**

Anmeldende/r Ärztin/Arzt:

Ärztlicher Direktor

Professor Dr. C. Gratzke

Tel: 0761 / 270-28 911

Fax: 0761 / 270-28 780

**OP-Anmeldung**

**Bitte an zentrales Betten-Management der Urologie 0761 / 270-28 780 faxen**

**Patienten Name:**

**Geb. Datum:**

**Adresse:**

**Telefon/Mobil:**

**Versicherung:**

Privat       GKV

**Betreuung:**

Ja       Nein

*Falls eine Betreuung vorliegt, kann die stationäre Voraufnahme  
nur mit der betreuenden Person erfolgen.*

**Terminwunsch KW:**

---

**Diagnose:**

**Geplante Op:**

**Relevante Befunde:**

**Relevante Vorerkrankungen:**

**Antikoagulation:**     Marcumar       Eliquis       Pradaxa  
                           Xarelto       Ticagrelor (Brilique)       Lixiana  
                           Clopidogrel (Plavix)       Prasugrel (Efient)       ASS 100

**Bildgebung wird mitgegeben (Befunde + CD):**       ja       nein

**Sonstiges/Besonderheiten:**

---

*Wird vom OP-Management ausgefüllt*

**Vorstationäre Aufnahme:** \_\_\_\_\_

**OP:** \_\_\_\_\_

**Sekretariat:** \_\_\_\_\_

**OA:** \_\_\_\_\_