

Department Chirurgie

Klinik für Urologie mit Hochschulambulanz

Ärztlicher Direktor
Professor Dr. C. Gratzke

Tel: 0761 / 270-28 911
Fax: 0761 / 270-28 780

Praxis/Klinik:

Anmeldende/r Ärztin/Arzt:

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: _____