



LANDESKRANKENHAUS FELDKIRCH

Universitäres Lehrkrankenhaus

Abteilung für Urologie
Prim. Univ.-Doz. Dr. A. Hobisch
Tel.: 05522/303-2800; Fax -7522

OPERATIONSBERICHT

Feldkirch, am 00.00.0000
Arztkürzel/Sekretariatskürzel

Patient: **Name Vorname**, geb. am **00.00.0000**

FZ: 000000000

OP-Tag: **00.00.0000**

Operator: **Titel Vorname Name**
Assistenz: **Titel Vorname Name**
Instrumente: **Titel Vorname**
Anästhesie: **Titel Vorname Name**

Diagnose(n):

ALLE Diagnosen ohne ICD10

Operation(en):

Genaue Bezeichnung der Durchgeführten Operation(en)

Indikation: Optional kann an dieser Stelle die genaue Indikation nochmalig erklärt werden und auf das vorhandensein einer schriftlichen Aufklärung verwiesen werden.

Eingriff: Beschreibung des Eingriffes.

Gesondert anzuführen ist (ganz unten):

Lupenbrille?

Blutverlust in ml (für Operationen, bei denen ein Sauger verwendet wird)?

Verwendung allfälliger Präparate (Histologie, Bakteriologie, ...)?

Kam der Patient in gutem Zustand vom Tisch?

Wurden Angehörige verständigt?