

## OP-PLANUNG

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Zuweiser:</b>	
<b>Hausarzt:</b>	
<b>Betreut:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Ambulant Kasse:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Stationär Chefarzt:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> 1-B-Z <input type="checkbox"/> 2-B-Z <input type="checkbox"/> Anmeldung Komfortstation am:
<b>Diagnose:</b>	
<b>Art der OP:</b>	
<b>Datum OP:</b>	
<b>Aufnahme am:</b>	
<b>Prästationär am:</b>	
<b>Bemerkungen:</b>	
<b>Info an Patient:</b>	<b>Eintrag Terminplaner:</b>