

Name, Vorname:
Geb.-Datum:
<b>Telefonnummer:</b>

Evangelisches Krankenhaus Luckau gGmbH  
Berliner Straße 24  
15926 Luckau

**Belegungsmanagement**

Tel.: 03544 58210  
Fax.: 03544 58144  
Belegungsmanagement.luc@diakonissenhaus.de

**Fachabteilung:** \_\_\_\_\_

**Diagnose(n):** \_\_\_\_\_

**Geplanter Eingriff:** \_\_\_\_\_  rechts  links

Besonderheiten:  
(Blutverdünner,  
Voruntersuchungen,  
Allergien, Med.  
Nebendiagnosen etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Operateur:** \_\_\_\_\_

**Anästhesieverfahren:**  Anästhesie  lokal  Sedierung

Erforderliche Befunde: \_\_\_\_\_

**OP- Termin:**  
 sehr dringlich (innerhalb 2d)  ambulant  
 dringlich (innerhalb 1 Woche)  stationär  
 nicht dringlich

**Aufklärungsblätter erhalten:**  Ja  Nein

**Sprechstunde:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ **VS:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ **OP:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Arzt

Korrektur: ..... _____ Datum / Unterschrift Arzt
---