

Arztteil/Operateur		Interne Nummer:	
Allgemeine Dokumentation		Diagnose (ICD10-Code)	
Lfd. OP-Nr.: <input type="text"/>		Hauptdiagnose	
OP-Datum: <input type="text"/>		1. <input type="text"/>	
		Nebendiagnose	
		2. <input type="text"/>	
		3. <input type="text"/>	
		Nebendiagnose	
		4. <input type="text"/>	
		Nebendiagnose	
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
		Geburtsjahr: <input type="text"/>	
Komplikationen intraoperativ		Dringlichkeit des Eingriffs	
<input type="checkbox"/> Blutung		<input type="checkbox"/> Planbar, elektiv	
<input type="checkbox"/> Nervenläsion		<input type="checkbox"/> Dringlich (binnen 7 Tagen)	
<input type="checkbox"/> Gewebläsion		<input type="checkbox"/> Notfall (binnen 24 Stunden)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges			
		Wundkontaminationsklasse:	
<input type="checkbox"/> Technisch/Instrumentell		<input type="checkbox"/> Aseptisch	
<input type="checkbox"/> Abbruch der geplanten OP		<input type="checkbox"/> Bedingt aseptisch	
<input type="checkbox"/> Erweiterung der geplanten OP		<input type="checkbox"/> Kontaminiert	
		<input type="checkbox"/> Septisch	
Therapie (OPS-Code)		Second Opinion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
1. <input type="text"/>		Primäreingriff: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. <input type="text"/>		Histologie entnommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3. <input type="text"/>		Diagnose Intraop. bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. <input type="text"/>		Ärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Studienfeld: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F		Nichtärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
War eine stationäre Aufnahme nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		OP-Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag	

Arztteil/Anästhesist		Interne Nummer:	
Medizinische Risikofaktoren		OP-Organisation	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf		Einleitungszeit:	
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung		<input type="text"/> Minuten	
<input type="checkbox"/> Respirationstrakt		OP-Blockierungszeit:	
<input type="checkbox"/> Erhöhtes Thromboserisiko		<input type="text"/> Minuten	
<input type="checkbox"/> Adipositas		<small>(Patient im OP-Saal bis Verlassen des OP-Saals)</small>	
<input type="checkbox"/> Allergie		Schnitt-Naht-Zeit:	
<input type="checkbox"/> Diabetes (behandlungspflichtig)		<input type="text"/> Minuten	
<input type="checkbox"/> Sonstige Stoffwechselstörungen		Zeit im Aufwachraum:	
<input type="checkbox"/> Krampfleiden		<input type="text"/> Minuten	
<input type="checkbox"/> Sonstiges			
Untersuchung/Befunde (Labor, EKG etc.)		Perioperative Medikation	
<input type="checkbox"/> Operateur		Prä- Intra- Post-OP	
<input type="checkbox"/> Anästhesist		<input type="checkbox"/> Analgetika	
<input type="checkbox"/> Zuweisender Arzt/Hausarzt		<input type="checkbox"/> Antiemetika	
Aufklärung: <input type="checkbox"/> Am OP-Tag <input type="checkbox"/> Vor dem OP-Tag		<input type="checkbox"/> Antihypertensiva	
ASA-Klassifikation:		<input type="checkbox"/> Antihypotensiva	
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> Sedativa	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
		Prä- Intra- Post-OP	
		<input type="checkbox"/> Antibiotika	
		<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	
		<input type="checkbox"/> Anticholinergika	
		<input type="checkbox"/> O ₂ -Insufflation	
		<input type="checkbox"/> Lokalanästhetika <small>(Infiltration OP-Gebiet)</small>	
Anästhesiedurchführung		Komplikationen intraoperativ*	
Durchführung: <input type="checkbox"/> Anästhesist <input type="checkbox"/> Operateur		Herz-Kreislauf <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
Ärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Medikamente <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
Nichtärztliche Assistenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Techn. Probleme <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
		Aspiration <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
		Sonstiges <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
Art der Anästhesie		Beschwerden im Aufwachraum*	
<input type="checkbox"/> Intubationsnarkose		Übelkeit <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Maskennarkose		Erbrechen <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Larynxmaske		Wundschmerzen <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Stand by		Muskelschmerzen <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Iv.-Block		Halsschmerzen <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie		Kopfschmerzen <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Epiduralanästhesie		Kreislaufprobleme <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Plexusanästhesie		Atmung <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie		Allerg. Reaktion <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Nervenblockade		Harnverhalt <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

*Legende Komplikationen/Beschwerden: 1 = Ohne Bedeutung für Betreuung im AWR, nur geringe Intervention; 2 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, keine Bedeutung für Verlegung auf Station; 3 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, verlängerte Verweilzeit im AWR; 4 = Klinisch bedeutsam für die Betreuung im AWR, Verlegung auf Intensiv- oder Wachstation