

**Dokumentationsbogen
Ambulante Hernien-Operationen - Prozessablauf**

Name, Vorname des Versicherten:

geb. am:
tt.mm.jjjj

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Arztstempel (Zuweiser)

Unterschrift:

Auszufüllen vom zuweisenden Arzt

1. Angaben zur Zuweisung

Diagnose(n).....

ICD10:.....

Vorgesehene Operation:.....

Aufklärung über ambulante Hernienoperation erfolgt am:.....
tt.mm.jjjj

Arztstempel (Operator)

Unterschrift:

2. Angaben zur Operation

Indikation bestätigt: ja nein ICD10:.....

Diagnose(n):.....

Ambulante OP möglich:

ja, durchgeführt am:.....
tt.mm.jjjj

nein, da: Begleiterkrankungen, ICD10:.....

sonstige Gründe:.....

Einweisung zur stationären OP: ja nein