

**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