

Empfangsbestätigung

Ich habe die „Patienteninformation zum ambulanten Operieren“ in Heftform erhalten.

Dieses Heft beinhaltet u.a. „**Verhaltensmaßregeln vor und nach der Operation**“, die „**Allgemeinen Vertragsbedingungen für amb. Operationsleistungen und stationersetzende Eingriffe (AVB)**“, „**Hinweis zum Datenschutz**“ sowie „**Hinweise zur Datenverarbeitung**“ und „**Informationen zum Krankentransport**“.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter

Postoperative Betreuung

1. Ich bin wie folgt am Abend nach der Operation erreichbar. – Tel./ Mobil: _____

2. Die Versorgung für die ersten 24 Stunden nach der Operation ist durch

Herrn/ Frau _____ gesichert.

oder

Die Versorgung für die ersten 24 Stunden nach der Operation ist **nicht** gesichert.
(bei Auswahl dieser Möglichkeit kann die ambulante Operation in Narkose **nicht** durchgeführt werden!)

oder

Ich wünsche eine Hotelunterbringung auf eigene Kosten im Klinikum Mittelbaden
(Die Kosten ergeben sich aus der Art / Komfortklasse des gewünschten Zimmers.
Bei Wunsch auf Hotelunterbringung wird hierfür ein gesonderter Vertrag abgeschlossen)

Vom Arzt unbedingt auszufüllen:

Bewertung der Überweisung zum ambulanten Operieren

Operateur (fachbezogen) ja nein Begründung: _____

Anästhesist (fachbezogen) ja nein Begründung: _____

Operation ambulant durchführbar (aus med. und soz. Sicht) ja nein

Ort, Datum

Arzt der Fachabteilung (Operateur)

Anästhesist