



Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Th. Zahnert

Ambulanz HNO-A2

Checkliste für ambulante Operationen

Med. Voraussetzungen	ja	nein	Sozio.-ökonomische Voraussetzungen	ja	nein
Alter > 2 Jahre			Anfahrt unter 1 Std., im Umkreis von 30 km		
keine Marcumartherapie keine bekannte Gerinnungsstörung			zuverlässige Begleitperson vorhanden einschl. postop. Überweisung für 24 h		
Vollheparinisierung nicht erforderlich			PKW und Fahrer vorhanden (bei Kindern zusätzlich Begleitperson)		
Thromboseprophylaxe kann am Abend durchgeführt werden			Patient auf Verkehrsuntüchtigkeit am OP-Tag hingewiesen		
Patient muss nüchtern kommen können			vorhandene Anbindung an stationäre Einrichtung		
keine Polymorbidität			ausreichende ärztliche und pflegerische Nachbetreuung		
keine weiteren allgemeinen Risikofaktoren					
Mobilität vorhanden			Telefon vorhanden (Handy für Fahrtstrecke)		
keine postoperative Verlegung der Atemwege			Kooperationsbereitschaft vorhanden		
Postop. keine lebensbedrohliche Blutungsgefahr			Hinweisbogen: Was muß ich beachten? ausgehändigt		
kurzer/mittlerer Eingriff			Einwilligung zur Datenübermittlung an den Hausarzt ausgehändigt		
OP ohne Beteiligung d. Schädelbasis/d. Innenohres			ständige Anwesenheit eines Elternteiles bei Kindern muß gewährleistet sein (prä- und postoperativ)		
Prämedikation u. OP-Vorbereitung ambulant durchführbar			Diabetiker persönliches Blutzucker-Messgerät sowie erforderliche Insulin-Einheiten und kleinen Imbiss mitbringen		
Vorstellung Narkosearzt (ASA ≤ II)					
Aufklärung			Überweisungsschein oder		
Vordiagnostik un auffällig			Abrechnungsschein	<input type="checkbox"/>	
Labor	<input type="checkbox"/>		Praxisgebühr bezahlt (nach 18. Lj.)	<input type="checkbox"/>	
EKG (ab 40 J.)	<input type="checkbox"/>				
Röntgenthorax (ab 60 J.)	<input type="checkbox"/>				
Aufnahme am OP-Tag ärztlicherseits zu vertreten				<input type="checkbox"/>	
keine amb. OP aufgrund der Checkliste möglich				<input type="checkbox"/>	

Dresden, den

Patient bzw. gesetzl. Vertreter einverstanden

.....
Patient/Vertreter

Oberarzt:

.....
(Arzt)