

# EINWEISUNGSSCHEIN f. externe Zuweiser

Orthopädisches Spital Speising GmbH, Speisinger Straße 109, 1130 Wien

Tel.: 01 / 80 1 82 -1275 (Erreichbarkeit Montag bis Freitag von 8:00 bis 13:00 Uhr)

E-Mail: [ews@oss.at](mailto:ews@oss.at)

Abgabezeiten Einweisungsschein: Montag bis Freitag von 10 bis 15 Uhr

Pat. Nr. (intern)

<b>Nachname:</b> _____		<b>Vorname:</b> _____		<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Soz. Vers. Nr.:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
					<b>Geburtsdatum:</b> ____/____/____ Tag Monat Jahr
<b>Adresse:</b> _____					<b>Tel./E-Mail:</b> _____
<b>Krankenkasse:</b> <input type="checkbox"/> ÖGK f.____ <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> SVS <input type="checkbox"/> Sonstige: _____					<b>Zusatzversicherung:</b> (m. Taggeldvers. nicht möglich) Versicherung: _____ <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> BVA-SKL
<b>Diagnose:</b> _____					<b>Vorgeschlagene Therapie:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits
<b>Risikofaktoren, Allergien:</b> _____		<b>Implantate / Instrumente:</b> _____			<b>Pat. nimmt Medikamente zur Blutverdünnung:</b> <input type="checkbox"/> ja: _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Präoperative Evaluierung</b> (bitte beurteilen Sie anhand des OP-Risikos bzw. der Klinik der Patientin* des Patienten*, ob Befunde erforderlich sind. Anhand ihrer Auswahl erhält die*der Patient*in eine individuell zusammengestellte Patient*inneninformation, Erklärung siehe Rückseite): <b>Labor:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Internist:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					<b>Meine Kontaktdaten sind korrekt und ich bin damit einverstanden, zur Operation / Therapie angemeldet zu werden.</b>  <p style="text-align: right;">Unterschrift Patientin* Patient*</p>

Datum

Unterschrift der\*s einweisenden Ärztin\*Arztes\*

Ordinationsstempel

# PRÄOPERATIVE EVALUIERUNG<sup>1</sup> - BEFUNDANFORDERUNG

(für Erwachsene chirurgische Patienten)

Bitte beurteilen Sie anhand des OP-Risikos bzw. der Klinik des Patienten, ob Befunde erforderlich sind. Anhand Ihrer Auswahl erhält der Patient eine individuell zusammengestellte Patienteninformation:

	<b>Niedriges Risiko</b> z.B.: OP's an Hand, Fuß, Knie ASK	<b>Mittleres Risiko</b> z.B.: Hüft-TEP, Knie TEP, Schulter TEP***, Schulter ASK***, kleine WS-OP	<b>Hohes Risiko</b> z.B.: große WS-OP**, TEP-Wechsel, alle Revisionen, Dauer > 2 Std., Blutverlust > 500 ml, Öffnung großer Körperhöhlen
<b>Klinisch unauffällig</b> Alter unter 65 Jahre Anamnese und klinische Krankenuntersuchung unauffällig oder gut eingestellte Pathologie (Hypertonie, Diabetes) mit einem Medikament, MET 5 (=Metabolisches Äquivalent),	<i>Kein Labor</i> <i>Kein Internist</i>	Basislabor Externer Internist*	Basislabor Externer Internist*
<b>Klinisch auffällig</b> Alter über 65 Jahre, Anamnese und / oder klinische Krankenuntersuchung mit deutlicher Pathologie, MET 4 oder kleiner, mehrere Medikamente	Basislabor & ev. Zusatzbefunde Externer Internist*	Basislabor & ev. Zusatzbefunde Externer Internist*	Basislabor & ev. Zusatzbefunde Externer Internist* & Internes Konsil im OSS

## Basislabor:

- BB kompl.+ Thrombozyten, PTZ, PTT,
- BUN, Krea, BZ, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, GOT, GPT, GGT, TSH, CRP
- alkalische Phosphatase, CHE
- Hepatitis Serologie (HbsAg, Anti-HBc, HCV)
- BG + RH + AK Suchtest
- **bei Diabetes mellitus:** Hba1c

\* Interner Befund (inkl. EKG-Streifen) durch einen Facharzt für Innere Medizin. Nach Beurteilung durch den Internisten ggf. ein Thoraxröntgen und / oder Spirometrie

\*\* Kleine Spirometrie bei Wirbelsäulenoperationen;

\*\*\* Schulter OP: Ab 65a Carotis Doppler

<sup>1</sup> lt. BQLL – Bundesqualitätsleitlinie für Präoperative Evaluierung  
ADM04 Einweisungsschein externe Zuweiser, Version 20.0, gültig bis: 06.04.2026