

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen



Operationspass

Gemäß § 9 ÄsthOpG

Ausgestellt für:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Hinweise

Die Kosten der ästhetischen Operation werden nicht von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen und sind von der Patientin (dem Patienten) zu tragen.
Eine Frist von zumindest zwei Wochen ist zwischen der abgeschlossenen ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung einzuhalten.
Bitte bewahren Sie den Operationspass sorgfältig auf. Der Operationspass ist zur Eintragung jeder weiteren Konsultation (z.M der ästhetischen Operation der betreuenden Ärztin (dem betreuenden Arzt)) vorzulegen.
Dieser Operationspass ersetzt nicht gesetzliche Dokumentationspflichten (z.B. ÄsthOpG, ÄrzteG).

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthoPpG

Name, Qualifikation, Unterschrift

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller	Adresse		
Vertreiber	Adresse		
Bezeichnung	Art	Typ	
Loscode/Seriennummer			

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller	Adresse		
Vertreiber	Adresse		
Bezeichnung	Art	Typ	
Loscode/Seriennummer			

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	

Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG

Name, Qualifikation, Unterschrift

Nur bei Minderjährigen (16–18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Konsultationen/ästhetische Behandlung

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift, Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)

Nur bei Minderjährigen (16–18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Abklärung gem. § 7 Abs 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift
----------------------------------	-----------------------------------

Art der Operation:

Datum:	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift:	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	Erziehungsberechtigte(r)

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift, Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	
Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG		Name, Qualifikation, Unterschrift	