

FAKTENBLATT

Auszufüllen vom Operateur

..... Patient: Name, Vorname	 Patient: Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ	
..... Operateur: Name, Vorname	 Datum Operation: TT.MM.JJJJ	 Uhrzeit Operation
..... Name der Klinik	 Adresse der Klinik	
..... Telefon: Kontaktperson Klinik	 E-Mail: Kontaktperson Klinik	
..... Art des Tumors		
..... Gewicht Tumors	 Größe des Tumors (> 1,5 cm ³)	
..... Besonderheiten, Bemerkungen		
.....		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben



.....
Datum TT.MM.JJJJ, Unterschrift Operateur

Bitte übergeben Sie dieses Formular ausgefüllt an die **Vertrauensperson**