Klinik / Station /Praxis

Patientendaten

| **Prä-operativ auf Station** | | | | **ja** | **nein** | **Nicht zutreffend** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient ist durch Befragung anhand von Name und Geburtsdatum identifiziert bzw. Patientenidentifikationsband stimmt mit den gemachten Angaben überein | | | |  |  |  |
| OP-Aufklärung und schriftliche OP-Einwilligung liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein | | | |  |  |  |
| Freigegebenes Anästhesieprotokoll und schriftliche Anästhesieeinwilligung  liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein | | | |  |  |  |
| Anforderungen aus dem Anästhesieprotokoll wurden umgesetzt | | | |  |  |  |
| Angeordnete Medikamente (z. B. Antibiotika) liegen vor  **Entwurf** | | | |  |  |  |
| Bekannte Allergien sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Bekannte Infektionen sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Vorhandene Implantate sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Markierung des Eingriffsort  gemäß abteilungsbezogene Regelung | | | |  |  |  |
| Haut ist im OP-Gebiet oder an druckexponierten Stellen unverändert | | | |  |  |  |
| Patient ist nüchtern | | | |  |  |  |
| Das OP-Gebiet ist enthaart | | | |  |  |  |
| Hilfsmittel, Schmuck, Nagellack, Zahnprothese sind entfernt | | | |  |  |  |
| Prä-operative Antikoagulanz wurde verabreicht | | | |  |  | 3  OP-Checkliste |
| MTS sind angezogen | | | |  |  |  |
| Patientenakte ist vollständig und Patientenetiketten sind vorhanden und stimmt bzgl. Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein | | | |  |  |  |
| **Klinikspezifische Punkte** | | | |  |  |  |
| Darmentleerung nach Anordnung | | | |  |  |  |
| Blutgruppenbefund / Blutanforderungsschein vorhanden | | | |  |  |  |
| □ Alle Fragen konnten mit „ja“ oder „nicht zutreffend“ beantwortet werden bzw. konnten geklärt werden. | | | | |  |  |
| □ OP abgesetzt da mindestens eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. | | | | | |  |
| □ Patient soll operiert werden, obwohl mind. eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. | | | | | |  |
| **Bemerkungen:** | | | | | | |
| Checkliste ausgefüllt am: |  | Unterschrift: |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eintritt OP-Bereich** | | | | **Ja** | **nein** | **Nicht zutreffend** |
| Patientenidentität:  Angaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein | | | |  |  |  |
| Eingriffsart  Angaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein | | | |  |  |  |
| Markierung des Eingriffsort  Angaben vom Patient stimmen mit Akte und OP-Plan überein | | | |  |  |  |
| OP-Aufklärung und OP-Einwilligung liegen schriftlich vor  Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein | | | |  |  |  |
| Anästhesieeinwilligung liegt schriftlich vor  Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein  **Entwurf** | | | |  |  |  |
| Bekannte Allergien sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Bekannte Infektionen sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Vorhandene Implantate sind dokumentiert | | | |  |  |  |
| Patient ist nüchtern | | | |  |  |  |
| Hilfsmittel, Zahnprothese, Schmuck, Nagellack sind entfernt | | | |  |  |  |
| Die notwendigen Implantate und Spezialinstrumente stehen bereit | | | |  |  |  |
| □ Alle Fragen konnten mit „ja“ oder „nicht zutreffend“ beantwortet werden bzw. konnten geklärt werden. | | | | |  |  |
| □ OP abgesetzt da mindestens eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. | | | | | |  |
| □ Eintritt in den OP-Bereich obwohl mind. eine Frage mit „nein“ beantwortet wurde. | | | | | |  |
| **Bemerkungen:** | | | | | | |
| Checkliste ausgefüllt am: |  | Unterschrift: |  | | | |