



OP-PROGRAMM

OP-PROGRAMM	DATUM	STANDORT
--------------------	--------------	-----------------

Reihenfolge	OP Beginn	Eintritt Datum Zeit	Stat. TK Amb.	NAME Vorname Geb. Datum Geschlecht m/w	Operateur Assisten/ten	Operation	OP Dauer in Min.	Bemerkungen Spez. Instrumente Medikamente	Vorausichtl. Austrittsdatum	Hausarzt	Anä-Sprechst. Tag/Zeit	Anä-technik