

**Angaben für die Stichprobenprüfung -
bitte mit den Dokumentationen zurücksenden**

LANR:		Name des Arztes:	
-------	--	------------------	--

Patientendaten:

Lfd. Nr.	Vorname	Nachname	Geburtsdatum	GOP	OP-Datum
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Bitte ausfüllen und unterschreiben, falls die Angabe der Identifikation von Patient und Operateur sowie OP-Datum auf der Bilddokumentation technisch nicht möglich war:

Hiermit bestätige ich, dass ich die/den o.g. Patientin/en,

Lfd. Nr.: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____ /

Lfd. Nr.: _____ bis _____ selbst operiert habe und die vorgelegten Bilder von diesem

Patienten aus dem beschriebenen OP-Gebiet sind.

Datum, Name, eigenhändige Unterschrift des Operateurs