



**Faxanmeldung Stationäre Behandlung
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungs-
chirurgie**

Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
Zeisigwaldstraße 101
09130 Chemnitz
Tel.: 0371-430-1810
Fax: 0371-4301813

Datum: _____

Telefon Patient: _____

Diagnose:

Vorgesehene Maßnahme:

Hüfte

- TEP
- TEP-Wechsel
- _____

Wirbelsäule

- Konservative Behandlung

Fuß

- Hallux valgus
- Hallux rigidus
- Hammerzehen
- Rückfußkorrektur
- _____

Knie

- TEP
- TEP-Wechsel
- Tibiaosteotomie
- OP d. habit. Patellalux
- Kreuzbandplastik
- ASKP
- Bakerzyste/Ganglion
- Knorpeltransplantation
- _____

Schulter

- Arthroskopie
- Subacromiale Dekompression
- Naht Rotatorenmanschette
- Schulterstabilisierung
- Schulter TEP
- _____

Sprunggelenk

- Arthroskopie
- offene OP (Synovektomie etc)
- Arthrodes
- TEP OSG
- _____

Ellenbogen

- Arthroskopie
- offene OP (Synovektomie etc)
- Dekompression n. ulnaris
- _____

Hand

- Nervendekompression
- Dupuytren OP
- Arthroplastik z. B. Rhizarthrose
- _____

Wunschtermin des Patienten: _____

Sonstiges/Besonderheiten/Blutverdünner:

Unterschrift/Stempel (einweisender Arzt)

Wird von Klinik ausgefüllt!

stationäre Aufnahme am: _____ OP am: _____

Voruntersuchung am: _____ Handzeichen: _____