

ÄsthOp-VO 2013

Anlage 1

Sonderfach Augenheilkunde und Optometrie

Brauenoperation
Eigenfetttransfer (Lipofilling) am Auge, Dermisfettgraft am Auge und in der Augenhöhle
Eingriffe bei Anophthalmus bzw. post enucleation socket syndrome (sogenannte „socket surgery“ mit oder ohne Transplantat oder Orbitaimplantat)
Entfernung gutartiger Hautläsionen im okulären und periokulären Bereich (chirurgisch oder mit ablativem Laser)
Epikanthus-, Telekanthusoperationen und Kanthoplastik
Fettgewebsprolapsentfernung periokulär und orbital
Ober- und Unterlidoperation
Schielopoperation
Stirnlift
Zilientransplantation

Anlage 2

Sonderfach Chirurgie

Bauchstraffung (Abdominoplastik)
Bruststraffung (Mastopexie)
Brustvergrößerung (Mammaaugmentation) und Brustverkleinerung (Mammareduktion)
Eigenfetttransfer (Lipofilling) im Bauch-, Brust-, Gesäß- und Extremitätenbereich
Entfernung von Xanthelasmen (chirurgisch oder mit ablativem Laser) ausgenommen okulär
Fettabsaugung (Liposuction) Bauch, Brust, Gesäß und Extremitätenbereich
Facelift (Rhytidektomie) und Midfacelift
Haartransplantation
Halslift
Oberarmstraffung (Brachioplastik)
Oberschenkelstraffung (Dermolipektomie)

Anlage 3

Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bruststraffung (Mastopexie)
Brustvergrößerung (Mammaaugmentation) und Brustverkleinerung (Mammareduktion)
Eigenfetttransfer (Lipofilling) an weiblichen Genitalen einschließlich Brust, Bauch, Oberschenkel und Gesäß
Fettabsaugung (Liposuction) an weiblichen Genitalen einschließlich Brust, Bauch, Oberschenkel und Gesäß
Hymenrekonstruktion
Labienoperation und Labienplastik
Vaginoplastik

Anlage 4**Sonderfach Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten**

Auflagerungsplastik, Gesichtsimplantat
Brauenoperation
Eigenfetttransfer (Lipofilling) oberhalb des Schlüsselbeins
Entfernung von Xanthelasmen (chirurgisch oder mit ablativem Laser) im Hals und Gesichtsbereich ausgenommen okulär
Facelift (Rhytidektomie)
Fettabsaugung (Liposuction) oberhalb des Schlüsselbeins
Halslift
Kinnplastik (Genioplastik)
Nasenplastik (Rhinoplastik)
Ober- und Unterlidoperation
Operation abstehender Ohren (Otoplastik)
Stirnlift

Anlage 5**Sonderfach Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Brauenoperation
Eigenfetttransfer (Lipofilling)
Entfernung von Xanthelasmen (chirurgisch oder mit ablativem Laser) ausgenommen okulär
Fettabsaugung (Liposuction)
Haartransplantation
Halslift und Mini Facelift
Lippenoperation (z.B. Lippenvergrößerung, Lippenaufpolsterung)
Oberarmstraffung (Brachioplastik)
Oberschenkelstraffung (Dermolipektomie)
Ober- und Unterlidoperation
Skin Resurfacing mit ablativem Laser

Anlage 6**Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Auflagerungsplastik, Gesichtsimplantat
Brauenoperation
Eigenfettentnahme im Gesichtsbereich
Eigenfetttransfer (Lipofilling) im Gesichtsbereich
Entfernung von Xanthelasmen (chirurgisch oder mit ablativem Laser) im Gesichtsbereich ausgenommen okulär und periokulär
Facelift (Rhytidektomie)
Fettabsaugung (Liposuction) oberhalb des Schlüsselbeins
Halslift
Kinnplastik (Genioplastik)
Lippenoperation (Lippenvergrößerung, Lippenaufpolsterung)
Nasenplastik (Rhinoplastik)
Stirnlift

Anlage 7**Sonderfach Urologie**

Hodenprothese
Penisvergrößerung

Anlage 8



Operationspass

Gemäß § 9 ÄsthOpG

Ausgestellt für:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin (Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)
Abklärung gem. § 5 Abs. 2 ÄsthOpG		Name, Qualifikation, Unterschrift	

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin (Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)
Abklärung gem. § 5 Abs. 2 ÄsthOpG		Name, Qualifikation, Unterschrift	

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin (Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)	Patient(in)	

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin (Arzt)	Patient(in)	
Abklärung gem. § 5 Abs. 2 ÄsthOpG		Name, Qualifikation, Unterschrift	

Nur bei Minderjährigen (16–18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Abklärung gem. § 7 Abs. 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift
-----------------------------------	-----------------------------------

Art der Operation:

Datum:	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift:	Ärztin (Arzt)	Patient(in)	Erziehungsberechtigte(r)

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller		Adresse	
Vertreiber		Adresse	
Bezeichnung	Art	Typ	
Loscode/Seriennummer			

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller		Adresse	
Vertreiber		Adresse	
Bezeichnung	Art	Typ	
Loscode/Seriennummer			

Nur bei Minderjährigen (16—18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Abklärung gem. § 7 Abs. 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift
-----------------------------------	-----------------------------------

Art der Operation:

Datum:	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift:	Ärztin (Arzt)	Patient(in)	Erziehungsberechtigte(r)

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen
