

**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
Fettgewebssprolapsedentfernung periokulär und orbital
Ober- und Unterlidoperation
Schieleroperation
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 Xanthelasma (chirurgisch oder mit ablativem Laser) ausgenommen okulär
Fettabsaugung (Liposuction) Bauch, Brust, Gesäß und Extremitätenbereich
Facelift (Rhytidektomie) und Midfacelift
Haartransplantation
Halslift
Oberarmstraffung (Brachioplastik)
Oberschenkelstraffung (Dermolipectomie)

**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
Unter- schrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)

**Art der Operation:**

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unter- schrift	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
Unter- schrift	Ärztin (Arzt)		Patient(in)

**Art der Operation:**

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unter- schrift	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			

### Sonstige (ärztliche) Anmerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Hinweise

Die Kosten der ästhetischen Operation werden nicht von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen und sind von der Patientin (dem Patienten) zu tragen.  
Eine Frist von zumindest zwei Wochen ist zwischen der abgeschlossenen ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung einzuhalten.  
Bitte bewahren Sie den Operationspass sorgfältig auf. Der Operationspass ist zur Eintragung jeder weiteren Konsultation iZm der ästhetischen Operation der betreuenden Ärztin (dem betreuenden Arzt) vorzulegen.  
Dieser Operationspass ersetzt nicht gesetzliche Dokumentationspflichten (z.B. ÄsthOpG, ÄrzteG 1998).