

Personnummer 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn ..... Landsting .....

Kommentar .....

**OBS!** Formuläret ”4.0 MMCUP Operation” ska fyllas i först och data hämtas därifrån till detta formulär; nödvändigt för att kunna spara nedanstående uppgifter i internetregistret.

### Operationskoder vid detta operationstillfälle

**Operationskoder relaterade till övriga neurokirurgiska ingrepp** (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>	<i>Operationsklassificering</i>							
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							.....	<input type="checkbox"/> Huvudsaklig op	<input type="checkbox"/> Tilläggs-op
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							.....	<input type="checkbox"/> Huvudsaklig op	<input type="checkbox"/> Tilläggs-op
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							.....	<input type="checkbox"/> Huvudsaklig op	<input type="checkbox"/> Tilläggs-op
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							.....	<input type="checkbox"/> Huvudsaklig op	<input type="checkbox"/> Tilläggs-op
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							.....	<input type="checkbox"/> Huvudsaklig op	<input type="checkbox"/> Tilläggs-op

Kommentar .....

.....